



ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมกำบังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา

จิราพร เนียมแพ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมกำกวมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา



จิราพร เนียมแพ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2568
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

HEALTH BELIEF MODEL AFFECTS ON PREVENTIVE BEHAVIORS OF ALCOHOL
CONSUMPTION AMONG UNDERGRADUATE STUDENTS
AT BURAPHA UNIVERSITY



JIRAPORN NIAMPAE

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF PUBLIC HEALTH
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
BURAPHA UNIVERSITY

2025

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ จิราพร เนียมแพ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.दनัย บวรเกียรติกุล)

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิตยัตตะยา ผาสุขพันธุ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.दनัย บวรเกียรติกุล)

..... กรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.เอมอชฌมา วัฒนบูรานนท์)

..... กรรมการ
(ดร.วัลลภ ใจดี)

..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. โกวิท สุวรรณหงษ์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเอียด)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

66920164: สาขาวิชา: -; ส.ม. (-)

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมการป้องกัน/ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ นิสิต
ปริญญาตรี/ มหาวิทยาลัยบูรพา

จรรยาพร เนียมแพ : ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา . (HEALTH BELIEF MODEL AFFECTS ON
PREVENTIVE BEHAVIORS OF ALCOHOL CONSUMPTION AMONG UNDERGRADUATE STUDENTS
AT BURAPHA UNIVERSITY) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ดนัย บวรเกียรติกุล, Ph.D. ปี พ.ศ.
2568.

พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีส่วนช่วยป้องกัน
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาความ
เชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี
มหาวิทยาลัยบูรพา กลุ่มตัวอย่างคือนิสิตปริญญาตรี 378 คน เก็บข้อมูลในเดือน กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์
ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Pearson การวิเคราะห์
ถดถอยเชิงเส้นแบบเดียว และพหุ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มี
ระดับแตกต่างกันตามอายุ ชั้นปี รายได้ต่อเดือน และที่พักของนิสิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
เมื่อวิเคราะห์สหสัมพันธ์ Pearson ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ
ป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์
($r = -0.307, p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ($r = -0.692,$
 $p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ($r = -0.531, p < 0.001$)
มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงลบ และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่ม
แอลกอฮอล์ ($r = 0.327, p < 0.001$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์
($r = 0.215, p < 0.001$) กับพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง
บวก จากนั้นวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคุณหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ พบปัจจัย
ที่ร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัยบูรพา ได้แก่ การรับการ
รับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่ม
แอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์
อายุ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ
การเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ และพักในมหาวิทยาลัย โดยทั้ง 9 ปัจจัย ร่วมกันมีอิทธิพลทำนาย
ได้ร้อยละ 77.8

66920164: MAJOR: -; M.P.H. (-)

KEYWORDS: HEALTH BELIEF MODEL/ PREVENTIVE BEHAVIOR/ ALCOHOLIC BEVERAGES/
UNDERGRADUATE STUDENTS/ BURAPHA UNIVERSITY

JIRAPORN NIAMPAE : HEALTH BELIEF MODEL AFFECTS ON PREVENTIVE
BEHAVIORS OF ALCOHOL CONSUMPTION AMONG UNDERGRADUATE STUDENTS AT
BURAPHA UNIVERSITY. ADVISORY COMMITTEE: DANAI BAWORNKIATTIKUL, Ph.D. 2025.

Preventive behaviors against alcohol consumption are health behaviors that help reduce the risk of alcohol-related diseases. This research is a survey study aimed at investigating health beliefs influencing alcohol consumption preventive behaviors among undergraduate students at Burapha University. The sample consisted of 378 undergraduate students. Data were collected in February 2025 and analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, simple linear regression, and multiple linear regression. The results showed that preventive behaviors against alcohol consumption significantly differed by age, academic year, monthly income, and student accommodation at the 0.05 level. Pearson's correlation analysis revealed that perceived benefits of engaging in alcohol consumption preventive behaviors ($r = -0.307$, $p < 0.001$), perceived barriers to such behaviors ($r = -0.692$, $p < 0.001$), and social support ($r = -0.531$, $p < 0.001$) were negatively correlated with the behaviors. In contrast, perceived severity of alcohol-related diseases ($r = 0.327$, $p < 0.001$) and perceived susceptibility to alcohol-related diseases ($r = 0.215$, $p < 0.001$) were positively correlated. Multiple linear regression analysis identified nine predictors of alcohol consumption preventive behaviors among the students: perceived barriers, perceived severity, social support, non-drinking behavior, age, perceived benefits, monthly income, perceived susceptibility, and living in on-campus accommodation. These nine factors collectively explained 77.8% of the variance in alcohol consumption preventive behaviors.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัย จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา การศึกษาเรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ของ นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา สำเร็จได้ด้วยความสำเร็จและความเมตตากรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.ดนัย บวรเกียรติกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความรู้ และให้คำปรึกษาแนะนำจนวิทยานิพนธ์นี้เสร็จ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ เป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิത്യตะยา ผาสุขพันธุ์ อย่างสูง ที่เป็นประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และศาสตราจารย์ ดร.เอ็มอัสมา วัฒนบูรานนท์ ดร.วัลลภ ใจดี ที่กรุณาเป็นกรรมการ สอบ

ขอขอบคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความรู้เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย และการทำงานสาธารณสุข

วิทยานิพนธ์นี้จะสำเร็จมิได้ ถ้าไม่มีผู้ตอบแบบสอบถาม คือ นิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัย บูรพา ขอขอบคุณน้องนิสิตเป็นอย่างยิ่งที่สละเวลาอ่านและตอบแบบสอบถามให้อย่างครบถ้วน ขอขอบคุณ คุณวรารักษ์ ปรารภ ที่ช่วยประสานงานกับบุคคลากรต่างคณะ ต่างสถาบันการศึกษา จนได้ ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญมาใช้พัฒนาเครื่องมือวิจัยให้น่าเชื่อถือดังปรากฏในวิทยานิพนธ์นี้

จิราพร เนียมแพ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
ตัวแปร.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น.....	11
ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	18
พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	26
แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	30

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	36
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	44
การพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ	45
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย.....	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	47
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	49
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	49
ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สร้างตาม ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)	52
ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	62
ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา.....	66
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	70
สรุปผลการวิจัย	70
อภิปรายผลการวิจัย.....	72
ข้อจำกัดของการวิจัย	78
ข้อเสนอแนะ.....	78
บรรณานุกรม.....	80
ภาคผนวก.....	86
ภาคผนวก ก	87
ภาคผนวก ข	97



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน	43
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป (n = 378).....	50
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามรายข้อ	52
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	53
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามรายข้อ	54
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	55
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามรายข้อ.....	56
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	57
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามรายข้อ.....	58
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์.....	59
ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามรายข้อ.....	60
ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	61
ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามรายข้อ	62

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	63
ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	64
ตารางที่ 16 สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	65
ตารางที่ 17 การตรวจสอบค่าความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระด้วยการทดสอบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation).....	66
ตารางที่ 18 การถดถอยเชิงเดียว.....	67
ตารางที่ 19 การถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression).....	68



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ภาพที่ 2 การทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	34



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการดื่มแอลกอฮอล์ได้รับความนิยมแพร่หลายในทั่วทุกมุมโลก โดยองค์การอนามัยโลก มีการเสนอข้อมูลในปี พ.ศ. 2565 พบว่าการใช้แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคและการบาดเจ็บมากกว่า 200 กรณีทั่วโลก และมี 3 ล้านคนเสียชีวิตทุกปี ซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเป็นอันตราย คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมด จากการจัดอันดับโลกโดยวัดจากเกณฑ์ตามอายุทางกฎหมายที่แต่ละประเทศกำหนดให้สามารถดื่มและซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ อันดับการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากร อันดับหนึ่ง คือ ประเทศตูนีเซีย 36.6 ลิตรต่อคนต่อปี ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 41 ที่จำนวน 20.3 ลิตรต่อคนต่อปี หรือปริมาณบริโภคต่อวันเฉลี่ย 43.9 กรัมต่อคนต่อวันแยกเป็นเบียร์ 28.30% ไวน์ 2.70% และเหล้าสปีริตอื่น ๆ 68.90% (องค์การอนามัยโลก, 2565)

สำหรับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 (ข้อมูลที่ทำการศึกษาล่าสุด) พบว่าในภาพรวมของประเทศ อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มครั้งแรกของประเทศ คือ 20.4 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มครั้งแรกของเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง 19.6 ปี และ 22.9 ปี ตามลำดับ ประชากรที่อาศัยอยู่ทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มแตกต่างกันเล็กน้อย 20.3 ปี และ 20.5 ปี ตามลำดับ และในสถานการณ์ปัจจุบันผู้หญิงและเยาวชน มีแนวโน้มมีพฤติกรรมการดื่มเพิ่มมากขึ้น และช่วงอายุที่มีนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือช่วงอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 54 หากเทียบเป็นความชุกในประชากรทั่วไปในแต่ละช่วงอายุ พบว่า กลุ่มประชากรอายุ 20-24 ปี มีความชุกของนักดื่มหน้าใหม่สูงที่สุด ร้อยละ 15.22 และน้อยที่สุดในกลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 0.07 (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่ สงขลา, 2565) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการสำรวจในสามครั้งที่ผ่านมา พบว่า อัตราความชุกของนักดื่มหน้าใหม่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 พ.ศ. 2557 จนถึง พ.ศ. 2564 (สำรวจข้อมูลทุกสามปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณาเฉพาะนักดื่มหน้าใหม่ที่เป็นเยาวชนก็พบว่า ความชุกของนักดื่มหน้าใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากในการสำรวจปี พ.ศ. 2564 ข้อมูลนี้อาจจะสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของโฆษณาหรือการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่พยายามทำให้เกิดนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะนักดื่มเยาวชนและนักดื่มหญิง โดยการออกโฆษณาและทำผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดึงดูดความสนใจของเยาวชนและผู้หญิง เช่น เครื่องดื่มผสมพร้อมดื่ม (Ready to drink) น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่นิยมดื่มกันในภาพยนตร์ต่างประเทศ และทำบรรจุภัณฑ์ให้มี

สี่สัปดาห์มาแล้ว เป็นต้น รวมทั้งทำการตลาดในสื่อสมัยใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอินเทอร์เน็ต หรือสื่อออนไลน์

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบ่งได้หลายปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน ทักษะชีวิตที่มีต่อแอลกอฮอล์ ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น อิทธิพลจากพ่อ แม่ หรือบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้เกิดการลอกเลียนแบบ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น อิทธิพลจากเพื่อน สื่อ หรือการเข้าถึงแหล่งซื้อขายได้สะดวก นอกจากนี้ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้แล้วยังมีวัตถุประสงค์ในการดื่มเข้ามาเกี่ยวข้องอีกด้วย โดยส่วนใหญ่การดื่มมักเกิดจากสองวัตถุประสงค์ คือ ดื่มเพื่อลดความเครียดหรือเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาของตนเอง และการดื่มเพื่อเข้าสังคมโดยทั้งสองวัตถุประสงค์ดังกล่าวเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้คนหันมาดื่มแอลกอฮอล์กันมากขึ้น โดยพบว่ายังมีระดับความเครียดมากเท่าไร อัตราการดื่มก็ยิ่งสูงมากขึ้นเท่านั้น เช่นเดียวกันกับการดื่มเพื่อเข้าสังคม ยิ่งระดับการเข้าร่วมและจำนวนคนในสังคมนั้นมากเท่าไร อัตราการดื่มก็ย่อมสูงตามไปด้วยเช่นกัน (กรมควบคุมโรค, 2566)

ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พบบ่อย เช่น ภาวะเมาสุรา ภาวะขาดสุราเฉียบพลัน รวมทั้งก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็งตับ โรคประสาท โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นต้น และผลกระทบต่อผู้อื่น และสังคม ได้แก่ ปัญหาอุบัติเหตุบนท้องถนนจากการเมาแล้วขับ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การตั้งครรภ์ไม่พร้อม ปัญหาการทะเลาะวิวาท การฆาตกรรม โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของผู้เสียชีวิตจากการฆาตกรรม พบว่ามีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ในร่างกายด้วยเสมอ (เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน, 2564)

กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้กำหนดแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2570) โดยมีสาระสำคัญคือเพื่อควบคุมขนาด และความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ซึ่งเป้าหมายการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการนี้มีเป้าหมายการดำเนินการ 4 ประการ ได้แก่ 1) ควบคุมและลดปริมาณการบริโภคของประชาชน 2) ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และควบคุมจำนวนผู้บริโภค 3) ลดความเสี่ยงจากการบริโภคทั้งในมิติของปริมาณการบริโภค รูปแบบการบริโภคและพฤติกรรมหลังการบริโภค 4) จำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภค (กรมควบคุมโรค, 2565)

จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างน้อย และยังไม่พบการศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกับพื้นที่อื่น ๆ จากการศึกษาของ (ดร.ณรรณ สมใจ, 2560) พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย : กรณีศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เรียงจากมากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถ

ของตนเองของนักศึกษาในการป้องกันการติ่มเครื่องติ่ม แอลกอฮอล์ ลักษณะที่อยู่อาศัย เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ และ แรงสนับสนุนจากเพื่อน ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้นักศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันการติ่มเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ที่ดี พฤติกรรมการป้องกันการติ่มเครื่องติ่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนของนักศึกษา นั่นคือ นักศึกษาที่มีพฤติกรรมการป้องกันการติ่มเครื่องติ่มที่มีแอลกอฮอล์ ในระดับดีจะมีผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนอยู่ในระดับที่ดีขึ้นไปถึงร้อยละ 76.3 และยังพบว่าพฤติกรรมการป้องกันการติ่มเครื่องติ่มที่มีแอลกอฮอล์ยังมีผลกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษา นั่นคือ นักศึกษาที่มีพฤติกรรมการป้องกันการติ่มเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ที่ดีจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย การติ่มแอลกอฮอล์ในหมู่ นักศึกษาในมหาวิทยาลัยนั้น น่ากังวลเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ ทำให้พวกเขาเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง นักศึกษาส่วนใหญ่ยอมรับแอลกอฮอล์เป็นเครื่องติ่มเพื่อเข้าสังคม โดยทั่วไปแล้วนักศึกษาในมหาวิทยาลัยจะติ่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากกว่า และติ่มแบบเสีงมากกว่า ส่งผลให้มีความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์มากกว่านักศึกษาที่ไม่ได้เรียนในมหาวิทยาลัย (B Mbuqa, April 2024)

จากการรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องติ่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ. 2564 พบว่า จังหวัดชลบุรี มีความสุขของนักติ่มในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สูงเป็นอันดับที่ 15 ของประเทศ โดยมีอัตราการติ่มเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 33.2 (รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องติ่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด, 2564) ซึ่งจังหวัดชลบุรีที่มีความโดดเด่นและเป็นที่ยอมรับ ในฐานะเมืองอุตสาหกรรมและแหล่งท่องเที่ยว ประกอบด้วย ที่พัก ที่กิน ที่เที่ยว ที่มีบทบาทสำคัญ ในด้านการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว รายได้เฉลี่ยของประชากรอยู่ในระดับสูง มีร้านค้ากระจายอยู่ทั่วไปทั้งร้านอาหาร ห้างสรรพสินค้า รวมทั้งสถานบันเทิงต่าง ๆ เช่น คาเฟ่ ผับ บาร์เปียร์เป็นจำนวนมาก ซึ่งร้านค้าเหล่านี้ต่างเป็นแหล่งจำหน่ายเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ทั้งสิ้น

เทศบาลเมืองแสนสุข ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของอำเภอเมืองชลบุรี บริเวณริมฝั่งทะเลตะวันออกของอ่าวไทย ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย กิจกรรมการค้าตั้งอยู่หนาแน่นบริเวณตลาดหนองมน และชายหาดบางแสน หาดวอน แหลมแท่น เขาสามมุก ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญที่ประกอบไปด้วยร้านอาหาร คาเฟ่ ผับสถานบันเทิงที่มีการจำหน่ายเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้เทศบาลเมืองแสนสุขจัดเป็นแหล่งศูนย์กลางการศึกษาที่สำคัญแห่งหนึ่งของภาคตะวันออก ประกอบด้วยสถานศึกษาที่เป็นของรัฐและเอกชน มีมหาวิทยาลัย 1 แห่ง คือ มหาวิทยาลัยบูรพา (เทศบาลเมืองแสนสุข, สืบค้นเมื่อ 31 กรกฎาคม 2567) ซึ่งบริบทพื้นที่ใกล้ชายหาดและแหล่งท่องเที่ยว ทำให้เกิดวัฒนธรรมการสังสรรค์ และการเข้าถึงเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายกว่าในบางมหาวิทยาลัยที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากแหล่งท่องเที่ยว มีการจัดกิจกรรมภายในมหาวิทยาลัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของนิสิตจำนวนมาก เช่น กิจกรรมรับน้อง หรือกิจกรรมชุมนุมนอกจากนี้

มหาวิทยาลัยยังรับนิสิตจากหลากหลายภูมิภาค ทำให้มีความหลากหลายในด้านพื้นฐานทางวัฒนธรรม และค่านิยม ซึ่งอาจมีผลต่อความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันการตี๋มในลักษณะเฉพาะ และจากสภาพแวดล้อมที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลมาจากการท่องเที่ยวและมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้นิสิตเข้าถึงแหล่งซื้อขายเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ได้ง่าย มีการใช้สื่อโฆษณาของผู้ประกอบการด้านเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์อย่างเข้มข้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะในกลุ่มนิสิต เนื่องจากกลุ่มนิสิตเป็นวัยที่ย่างเข้าสู่วัยหนุ่มสาว เริ่มมีความเชื่อมั่น และความคิดเป็นของตนเอง มีพฤติกรรมที่อยากทดลองสิ่งของมีนเมาและมีความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นจากมูลเหตุจูงใจหลาย ๆ อย่าง เช่น ความเสี่ยงจากกลุ่มเพื่อน ที่อาจชักชวนกันไปเที่ยวตามสถานบันเทิงหากไม่ไปก็จะเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน ความเสี่ยงจากโปรโมชันการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของการลดแลกแจกแถมของสถานบันเทิง ซึ่งเป็นสิ่งต้องห้ามและไม่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยรุ่น ที่อยู่เ็นวัยเรียน เนื่องจากเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อทั้งในระยะสั้น และระยะยาวในการใช้ชีวิตประจำวันและการเรียน เนื่องจากนักศึกษาบางกลุ่มหรือบางคนไม่สามารถควบคุมตนเอง ในระหว่างที่ศึกษา ขาดระเบียบวินัย เที่ยวดึก ตื่นนอนสายไม่เข้าเรียน ไม่ส่งงาน จนทำให้หมดสิทธิสอบ เป็นผลให้การเรียนมีปัญหา และอาจจะทำให้ไม่สำเร็จการศึกษาได้

จากความเป็นมาและปัญหาต่าง ๆ ที่กล่าวมานั้นแม้ว่าจะมีการศึกษาหลายชิ้นที่กล่าวถึงพฤติกรรมการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นและนักศึกษา ตลอดจนปัจจัยทางจิตสังคมต่าง ๆ เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นกรอบแนวคิดที่สามารถอธิบายพฤติกรรมด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ของงานวิจัยที่มีอยู่มักเน้นศึกษาพฤติกรรมการบริโภคหรือปัจจัยที่ส่งผลต่อการตี๋ม มากกว่าการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะจากกรอบแนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลนั้นเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อผลเสีย (Perceived susceptibility) เห็นว่าอาการหรือผลที่ตามมาอาจรุนแรง (Perceived severity) และตระหนักถึงประโยชน์ของการป้องกันหรือหลีกเลี่ยง (Perceived benefits) ทั้งยังสามารถเอาชนะอุปสรรคหรือข้อจำกัดที่มี (Perceived barriers) และมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าควบคุมพฤติกรรมได้ (Self-efficacy) จึงเหมาะสมอย่างยิ่งในการใช้เป็นการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันการตี๋มของนิสิต ขณะเดียวกัน ทฤษฎีทางจิตสังคมยังชี้ให้เห็นถึงบทบาทของ แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน อาจารย์ หรือบุคคลรอบข้าง ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในทางบวกและทางลบ โดยเฉพาะในกลุ่มนิสิตที่ต้องปรับตัวกับชีวิตใหม่ในมหาวิทยาลัย การได้รับแรงสนับสนุนที่เหมาะสมสามารถช่วยส่งเสริมการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การตี๋มแอลกอฮอล์

ด้วยเหตุนี้ การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา จึงมีความสำคัญทั้งในเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ โดยสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การรณรงค์เชิงพื้นที่ และการออกแบบโปรแกรมหรือกิจกรรมเชิงพฤติกรรมศาสตร์ให้เหมาะสมกับบริบทของนิสิตในมหาวิทยาลัยบูรพา

ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา เนื่องจากการป้องกันไม่ให้เกิดนักตีหน้าใหม่ในสถานศึกษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบ ทั้งทางตรง และทางอ้อม รวมถึงอันตรายที่เกิดจากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ อันจะช่วยป้องกันพฤติกรรมเชิงลบ ที่เกิดจากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ และยังช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อการใช้ชีวิตในช่วงที่เป็นนิสิต นักศึกษา และการเข้าสู่การทำงานในช่วงวัยหนุ่มสาวจนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ผู้ใหญ่และเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพของประเทศชาติในอนาคตต่อไป

คำถามการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้เกี่ยวกับการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพาได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา

สมมติฐานของการวิจัย

ความเชื่อด้านสุขภาพมีผลทางตรงเชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา

ตัวแปร

ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตาม HBM ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น ที่ศึกษา กลุ่มสาขาวิชา รายได้ต่อเดือน ที่พัก ประสบการณ์ดื่มแอลกอฮอล์

การรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์

การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่

- มีการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์
- หลีกเลี่ยงการเที่ยวในสถานบันเทิงที่มีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- เมื่อมีความเครียดจากการเรียน จะใช้วิธีการอื่นเพื่อผ่อนคลายโดยไม่อาศัยการดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- หลีกเลี่ยงการคบเพื่อนที่ดื่มแอลกอฮอล์ และเที่ยวสถานบันเทิง

- คนในครอบครัวได้ตักเตือนเรื่องห้ามเข้าไปเกี่ยวข้องหรือไปดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากเป็น

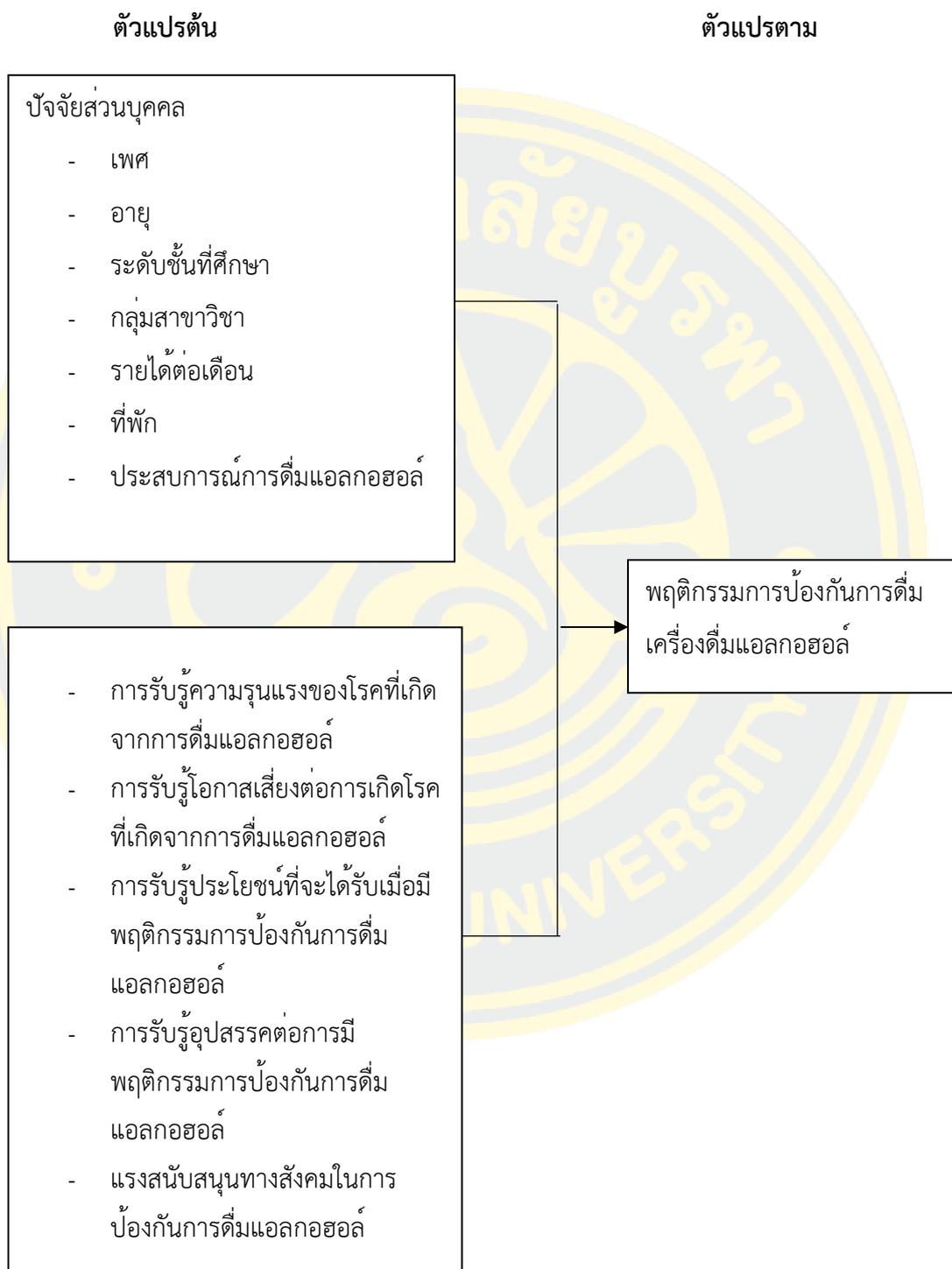
สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ และโรคที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ตามมา

- คนในครอบครัวไม่เห็นด้วยกับการคบเพื่อนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- คนในครอบครัวตักเตือนเรื่องห้ามดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากขัดต่อหลักคำสอนทางศาสนา

ที่ครอบครัวของตนนับถือ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย

1. เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา มีพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง
2. เป็นแนวทางในการออกมาตรการ กำหนดนโยบาย และจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตได้ในอนาคต
3. เป็นฐานในการออกแบบสื่อหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมให้นิสิตมีทักษะคิดวิเคราะห์ สถานการณ์เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ ตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล และเสริมความสามารถในการปฏิเสธ (refusal skills) โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นพื้นฐานของพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา มีขอบเขตการศึกษาดังต่อไปนี้

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นิสิตปริญญาตรี ภาคปกติ มหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาเขตบางแสน จำนวน 21,598 คน (กองทะเบียนและประมวลผลการศึกษา, 31 กรกฎาคม 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตปริญญาตรี ภาคปกติ มหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาเขตบางแสนซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณตามการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา ด้วยวิธีการของ Krejcie and Morgan (1970) ใช้ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 จะได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 378 คน และใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling)

พื้นที่และระยะเวลา

เก็บรวบรวมข้อมูลจากนิสิตปริญญาตรีในพื้นที่มหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาเขตบางแสน

นิยามศัพท์เฉพาะ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นของเหลวที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ชนิดดื่ม หรือเรียกว่าเอทานอล (Ethanol) ใช้เพื่อการดื่ม ส่วนใหญ่ได้มาจากการหมักและการกลั่น (WHO, 2001)

ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ความแตกต่างกันทั้งปริมาณแอลกอฮอล์ วัสดุที่ใช้ทำและขั้นตอนการผลิต แบ่งออกเป็น 4 ประเภทหลัก ได้แก่ ประเภทหมัก (Fermented

Alcoholic Beverages) ได้จากการหมักน้ำตาลจากพืช เช่น ข้าว ข้าวบาร์เลย์ หรือผลไม้ โดยใช้ยีสต์ เช่น เบียร์ (Beer) แอลกอฮอล์ประมาณ 4-6% ไวน์ (Wine) แอลกอฮอล์ประมาณ 9-15% สาเก หรือ เหล้าสาโท ผลิตจากข้าวและเป็นที่นิยมในเอเชีย

ประเภทกลั่น (Distilled Alcoholic Beverages หรือ Spirits) ได้จากการนำเครื่องดื่มหมักไปกลั่นเพื่อให้ได้แอลกอฮอล์ที่เข้มข้นขึ้น เช่น วิสกี้ (Whisky), วอดก้า (Vodka), รัม (Rum), ยิน (Gin), เทกิลลา (Tequila) โดยทั่วไปมีแอลกอฮอล์ประมาณ 35-50%

ประเภทผสม (Mixed Drinks / Alcopops) เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผสมกับน้ำผลไม้ น้ำอัดลม หรือรสหวานอื่น ๆ เพื่อให้ง่ายต่อการดื่ม เช่น Breezer, Smirnoff Ice เหล้าปั่น โดยมักมีแอลกอฮอล์ประมาณ 4-7% เครื่องดื่มพื้นบ้านหรือท้องถิ่น ได้แก่ เหล้าขาว อุ เหล้าดอง สมุนไพรพื้นบ้าน ซึ่งมักผลิตในชุมชนหรือบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยระดับแอลกอฮอล์อาจไม่แน่นอน

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นิสิต หมายถึง นิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา ภาคปกติ วิทยาเขตบางแสน

พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตนที่บ่งบอกถึงการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น มีการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อมีความเครียดจากปัญหาด้านการเรียน ครอบครัว เพื่อน จะใช้วิธีการอื่นเพื่อผ่อนคลายโดยไม่อาศัยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการคบเพื่อนที่ดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงปฏิบัติตามกฎระเบียบตามที่สังคมกำหนด

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) หมายถึง แบบแผนความเชื่อที่ใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค (Maiman & Becker, 1974) ประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน ประยุกต์ใช้กับการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนิสิตปริญญาตรี ดังนี้

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของนิสิต เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย นิสิตที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ จะเห็นความสำคัญของการลดความเสี่ยงเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ความเชื่อของนิสิตที่ว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งกาย จิต สังคม เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคตับแข็ง สมองเสียม ภาวะแพ้อาหารอักเสบ กล้ามเนื้อของหัวใจทำงานไม่ดี เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต

- การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมการป้องกันการตี้อัลกอฮอลล์ หมายถึง ความคิดของนิสิตถึงประโยชน์ต่อสุขภาพที่ได้ เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการตี้อัลกอฮอลล์

- การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมการป้องกันการตี้อัลกอฮอลล์ หมายถึง ความรู้สึกลำบากของนิสิตเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการตี้อัลกอฮอลล์

แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการตี้อัลกอฮอลล์ หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและสังคม เป็นสิ่งที่นิสิตได้รับจากครอบครัวและสังคม เพื่อป้องกันการตี้อัลกอฮอลล์

ประเภทตี้อัลกอฮอลล์ หมายถึง ประเภทของตี้อัลกอฮอลล์ที่สังคมไทย และทั่วโลกตี้อัลกอฮอลล์ ทั้งในปริมาณของอัลกอฮอลล์ วัสดุที่ใช้ รวมถึงขั้นตอนและวิธีการผลิต

บทที่ 2

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น
2. ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
4. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 4.1 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)
 - 4.2 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

วัยรุ่น ภาษาอังกฤษใช้คำว่า “Adolescence” โดยมีรากศัพท์มาจากภาษาลาตินว่า “Adolescere” (Steinberg, 1993 อ้างถึงใน ธนภูมิ ธรรมบุตร, 2563) ได้ให้ความหมายว่าการเจริญเติบโตไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่หรือเจริญเติบโตไปสู่วุฒิภาวะ วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาการเจริญเติบโตจากความไม่มีวุฒิภาวะของเด็กไปสู่ความมีวุฒิภาวะของผู้ใหญ่ เป็นช่วงเวลาเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคม

ความหมายของวัยรุ่น

Marta Sobral Garcia (2022) พัฒนาการช่วงชีวิต “วัยรุ่น” ยังคงเป็นแนวคิดที่คลุมเครือที่แตกต่างกันออกไป Côté และ Levine (2016) ระบุว่าองค์กรระหว่างประเทศบางแห่งที่อยู่ในสหประชาชาติ ใช้แนวคิด “วัยรุ่น” และ “เยาวชน” มากำหนดช่วงชีวิตของคนหนุ่มสาวแตกต่างกัน องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) ให้คำจำกัดความ “เยาวชน” ตามช่วงอายุตั้งแต่ 15 ถึง 24 ปี ในขณะที่องค์การสหประชาชาติ กำหนดตามอายุ 15 ถึง 32 ปี กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) กำหนดว่าคนหนุ่มสาวมีอายุตั้งแต่ 10 ถึง 24 ปี (WHO, 2024)

Gilmore (2019) กล่าวว่า จากมุมมองทฤษฎีพัฒนาทางจิตวิเคราะห์ วัยรุ่น เป็นช่วงเวลาที่คนหนุ่มสาวพัฒนา และกำหนดบุคลิกภาพของตนเอง พัฒนาการเป็นผู้ใหญ่ที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลาที่เกิดจาก

การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและสังคม สร้างความต้องการจำแนกคนรุ่นใหม่ ช่วงเวลาของการเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ที่มีลักษณะเฉพาะคือการใช้ชีวิตในช่วงหนึ่งและการสำรวจอัตลักษณ์ การเข้าสู่วัยผู้ใหญ่เป็นช่วงพัฒนาการคือ ได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมยังรวมถึงการพัฒนา “อัตลักษณ์ทางเพศที่มั่นคง ความชอบ ระบบความเชื่อ มาตรฐานทางศีลธรรม ความทะเยอทะยาน จรรยาบรรณในการทำงาน และแนวทางที่เชื่อถือได้ จัดการกับความวิตกกังวล”

สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์ (2551 อ้างถึงในธนภูมิ ธรรมบุตร, 2563) กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา โดยแบ่งพัฒนาการของวัยรุ่นเป็น 3 ช่วงอายุ คือ วัยรุ่นตอนต้น อายุ 10 - 13 ปี หรือเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น วัยรุ่นตอนกลาง อายุ 14-17 ปี หรือ เด็กมัธยมศึกษาตอนปลาย วัยรุ่นตอนปลาย อายุ 17 - 21 ปี หรือ วิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย

World Health Organization (WHO, n.d.) ได้ให้คำจำกัดความของวัยรุ่นว่าเป็นบุคคลในช่วงอายุ 10-19 ปี (WHO, 2017)

Rogers (1978) วัยรุ่น หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 12-21 ปี แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ วัยรุ่นตอนต้น มีอายุ 12-18 ปี วัยรุ่นตอนปลายอายุ 18-21 ปี ลักษณะที่สำคัญของวัยนี้คือ วัยรุ่นตอนต้นมีร่างกายภายนอกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทำให้ต้องปรับตัวต่อปัญหาทั้งทางร่างกายอารมณ์ สังคม แต่เมื่ออยู่ในวัยรุ่นตอนปลายพบว่า พฤติกรรม ทศนคติ ลักษณะทางร่างกายมีวุฒิภาวะพร้อมทุกด้าน

ชนมณีภา แก้วพูลศรี (2563) กล่าวว่า วัยรุ่นตอนปลายคือช่วงอายุ 17-19 ปี บรรลุวุฒิภาวะแล้ว ความคิด สติปัญญาได้พัฒนาอย่างเต็มที่ โดยความคิดจะมีความยืดหยุ่นขึ้น มีเอกลักษณ์ตัวตนชัดเจนมากขึ้น และเริ่มแสวงหาอาชีพที่ต้องการ หรืออยากเป็น อยากทำในอนาคต และเป็นผู้ใหญ่มากขึ้น ไม่มองที่ตนเองเป็นหลัก สนใจว่าคนรอบข้างคิดอย่างไรกับตนเอง คาดหวัง หรือมองตนเองอย่างไร และสามารถปรับตัวกับกฎระเบียบของภายนอกอย่างลงตัวมากขึ้น

นฤพนธ์ ดั่งวิเศษ (2567) กล่าวว่า วัยรุ่นคือช่วงวัยของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอยู่ในรอยต่อระหว่างการเป็นเด็กกับการเป็นผู้ใหญ่ เป็นช่วงที่มีพัฒนาการอย่างรวดเร็วทั้งในด้านร่างกาย สรีระ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และสังคม ทำให้ช่วงวัยรุ่นเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อของบุคลิกภาพ โดยทั่วไปวัยรุ่นจะมีอายุอยู่ในช่วง 10-20 ปี สังคมแต่ละแห่งจะกำหนดช่วงอายุของวัยรุ่นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเชื่อประเพณีและวัฒนธรรม บางสังคมช่วงวัยรุ่นอาจเป็นช่วงสั้น ๆ บางสังคม วัยรุ่นอาจมีช่วงระยะเวลายาวนาน

พัฒนาการของวัยรุ่น

Lansford (2024) วัยรุ่นคือช่วงที่เริ่มเข้าสู่วัยแรกรุ่น และสิ้นสุดด้วยการเปลี่ยนผ่านสู่ผู้ใหญ่ (อายุประมาณ 10-20 ปี) การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่เกี่ยวข้องกับวัยแรกรุ่นจะถูกกระตุ้นโดยฮอร์โมนการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา รวมถึงความคิดที่ซับซ้อน และเป็นนามธรรม มีการเพิ่มความ

โน้มน้าวของวัยรุ่นต่อพฤติกรรมเสี่ยง ความสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับผู้ปกครองต้องผ่านช่วงระยะเวลาของคำจำกัดความใหม่ ซึ่งวัยรุ่นจะมีอิสระมากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนฝูงเป็นสิ่งสำคัญของการสนับสนุนและความเป็นเพื่อนในช่วงวัยรุ่น แต่ก็สามารถส่งเสริมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้เช่นกัน กลุ่มเพื่อนเพศเดียวกันพัฒนาไปเป็นกลุ่มเพื่อนเพศผสม และความสัมพันธ์โรแมนติกของวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นจากกลุ่มเหล่านี้ การสร้างอัตลักษณ์เกิดขึ้นเมื่อวัยรุ่นสำรวจและผูกพันกับบทบาทและจุดยืนทางอุดมการณ์ที่แตกต่างกัน สัญชาติ เพศ ชาติพันธุ์ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม พื้นหลังทางศาสนา ทัศนคติทางเพศ และปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของวัยรุ่น และวิธีที่ผู้อื่นตอบสนองต่อพวกเขา และเป็นแหล่งที่มาของความหลากหลายในวัยรุ่น วัยรุ่นคือระยะพัฒนาการที่กำหนดโดยเริ่มตั้งแต่วัยรุ่นแรกเริ่มและสิ้นสุดด้วยการเปลี่ยนผ่านสู่วัยผู้ใหญ่ (อายุประมาณ 10-20 ปี) วัยรุ่นมีการพัฒนาจากในอดีต โดยมีหลักฐานบ่งชี้ว่าระยะนี้จะยาวนานเมื่อบุคคลเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นเร็วขึ้นและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ช้ากว่าในอดีต วัยแรกเริ่มในปัจจุบันเริ่มต้นโดยเฉลี่ยที่อายุ 10-11 ปี สำหรับเด็กผู้หญิง และ 11-12 ปีสำหรับเด็กผู้ชาย วัยรุ่นจะเกิดขึ้นเมื่อเด็กย่างอายุประมาณ 12-13 ปี เพศหญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าเพศชายประมาณ 2 ปี และจะเกิดการพัฒนาไปจนถึงอายุประมาณ 18 ปี จึงจะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ โดยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในพัฒนาการด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. พัฒนาการทางร่างกาย (Physical development)

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของวัยรุ่นแรกเริ่มถือเป็นจุดเริ่มต้นของวัยรุ่น (Lerner & Steinberg, 2009) สำหรับทั้งเด็กชายและเด็กหญิง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ได้แก่ การเติบโตอย่างรวดเร็วของความสูง ขนบริเวณหัวหน่าวและใต้แขนที่เพิ่มขึ้น และการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง (เช่น สิว) เด็กผู้ชายยังมีเสียงที่ทุ้มลึก เด็กผู้หญิงจะมีพัฒนาการของเต้านม และเริ่มมีประจำเดือน การเปลี่ยนแปลงในวัยรุ่นเหล่านี้เกิดจากฮอร์โมน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในเด็กผู้ชาย และเอสโตรเจนในเด็กผู้หญิง

การเปลี่ยนแปลงทางเพศ (Sexual changes) สิ่งที่ได้เห็นได้ชัดเจน คือวัยรุ่นชายจะเป็นหนุ่มขึ้น นมขึ้นพาน (หัวนมโตขึ้นเล็กน้อย กดเจ็บ) เสียงแตก หนวดเคราขึ้น และเริ่มมีฝันเปียก (Nocturnal ejaculation - การหลั่งน้ำอสุจิในขณะหลับและฝันเกี่ยวกับเรื่องทางเพศ) การเกิดฝันเปียกครั้งแรกเป็นสัญญาณของการเข้าสู่วัยรุ่นของเพศชาย ส่วนวัยรุ่นหญิงจะเป็นสาวขึ้น คือ เต้านมมีขนาดโตขึ้น ไขมันที่เพิ่มขึ้นจะทำให้รูปร่างมีทรวดทรง สะโพกผายออก และเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก (Menarche) การมีประจำเดือนครั้งแรก เป็นสัญญาณบอกการเข้าสู่วัยรุ่นในหญิง ทั้งสองเพศจะมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศ ซึ่งจะมียีนขนาดโตขึ้น และเปลี่ยนเป็นแบบผู้ใหญ่ มีขนขึ้นบริเวณอวัยวะเพศ มีกลิ่นตัว มีสิวจีนขึ้น (พนม เกตุมาน, 2550)

2. พัฒนาการทางจิตใจ (Psychological development)

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในโครงสร้างและการทำงานของสมองเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นและส่งผลให้เกิดการพัฒนาด้านความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรม (Steinberg, 1993 อ้างถึงใน ธนภูมิ ธรรมบุตร, 2563) การเปลี่ยนแปลงทางปัญญาในช่วงวัยรุ่นรวมถึงการเปลี่ยนจากการคิดที่เป็นรูปธรรมไปสู่การคิดเชิงนามธรรมและซับซ้อนมากขึ้น ในช่วงต้นของวัยรุ่น การเปลี่ยนแปลงในระบบโดปามีนอร์จิคของสมองมีส่วนทำให้วัยรุ่นแสวงหาความรู้สึกรุนแรงและแรงจูงใจในการให้รางวัลเพิ่มมากขึ้น ต่อมาในช่วงวัยรุ่น ศูนย์ควบคุมการรับรู้ของสมองในเยื่อหุ้มสมองส่วนหน้าจะพัฒนาขึ้น ส่งผลให้วัยรุ่นมีการควบคุมตนเองและทิศทางในอนาคตมากขึ้น ความแตกต่างในเรื่องจังหวะเวลาในการพัฒนาส่วนต่าง ๆ ของสมอง ส่งผลให้วัยรุ่นตอนกลางมีความเสี่ยงมากขึ้น เนื่องจากวัยรุ่นมีแรงจูงใจที่จะแสวงหาความตื่นเต้นที่บางครั้งมาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การขับรถโดยประมาท การสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุรา และยังไม่ได้พัฒนาการควบคุมการรับรู้เพื่อต่อต้านหรือมุ่งเน้นไปที่ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นอย่างเท่าเทียมกัน (Steinberg, 1993 อ้างถึงใน ธนภูมิ ธรรมบุตร, 2563) หนึ่งในผู้เชี่ยวชาญชั้นนำของโลกด้านพัฒนาการของวัยรุ่น เปรียบเสมือนการใช้เครื่องยนต์อันทรงพลังก่อนที่ระบบเบรกจะเริ่มทำงานผลก็คือวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเด็กหรือผู้ใหญ่

สติปัญญา (Intellectual Development) วัยนี้สติปัญญาจะพัฒนาสูงขึ้น จนมีความคิดเป็นแบบรูปธรรม ซึ่งมีความหมายถึงความสามารถเรียนรู้ เข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ลึกซึ้งขึ้น (Abstract thinking) มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และสังเคราะห์สิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น ตามลำดับจนเมื่อพ้นวัยรุ่นแล้ว จะมีความสามารถทางสติปัญญาได้เหมือนผู้ใหญ่ แต่ในช่วงระหว่างวัยรุ่นนี้ ยังอาจขาดความยั้งคิด มีความหุนหันพลันแล่น ขาดการไตร่ตรองให้รอบคอบ ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self Awareness) วัยนี้จะเริ่มมีความสามารถในการรับรู้ตนเอง ด้านต่าง ๆ ดังนี้

เอกลักษณ์ (Identity) วัยรุ่นจะเริ่มแสดงออกถึงสิ่งตนเองชอบ สิ่งที่ตนเองถนัด ซึ่งจะแสดงถึงความเป็นตัวตนของเขาที่โดดเด่น ได้แก่ วิชาที่เขาชอบเรียน กีฬาที่ชอบเล่น งานอดิเรก การใช้เวลาว่างให้เกิดความเพลิดเพลิน กลุ่มเพื่อนที่ชอบและสนิทสนมด้วย โดยเขาจะเลือกคบคนที่มีส่วนคล้ายคลึงกัน หรือเข้ากันได้ และจะเกิดการเรียนรู้และถ่ายทอดแบบอย่างจากกลุ่มเพื่อนนี้เอง ทั้งแนวคิด ค่านิยม ระบบจริยธรรม การแสดงออกและการแก้ปัญหาในชีวิต จนสิ่งเหล่านี้กลายเป็นเอกลักษณ์ของตน และกลายเป็นบุคลิกภาพนั่นเอง

ภาพลักษณ์ของตนเอง (Self image) คือการมองภาพของตนเองในด้านต่าง ๆ ได้แก่ หน้าตา รูปร่าง ความสวยความหล่อ ความพิการ ข้อดีข้อด้อยทางร่างกายของตนเอง วัยรุ่นจะสนใจหรือให้เวลาเกี่ยวกับรูปร่าง ผิวพรรณมากกว่าวัยอื่น ๆ การได้รับการยอมรับจากจากกลุ่มเพื่อน วัยนี้ต้องการการยอมรับผู้อื่น (Acceptance) การได้รับการยอมรับจะช่วยให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย เห็นคุณค่าของตนเอง มั่นใจตนเอง วัยนี้จึงมักอยากเด่นอยากดัง อยากให้มีคนรู้จักมาก ๆ

ความภาคภูมิใจตนเอง (Self esteem) เกิดจากการที่ตนเองเป็นที่ยอมรับของเพื่อนและคนอื่น ๆ ได้ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นคนดีและมีประโยชน์แก่ผู้อื่นได้ ทำอะไรได้สำเร็จ

ความเป็นตัวของตัวเอง (Independent) วัยนี้จะรักอิสระ เสรีภาพ ไม่ค่อยชอบอยู่ในกฎเกณฑ์กติกาใด ๆ ชอบคิดเอง ทำเอง พึ่งตัวเอง เชื่อความคิดตนเอง มีปฏิกริยาตอบโต้ผู้ใหญ่ที่บีบบังคับสูง ความอยากรู้อยากเห็นอยากลองจะมีสูงสุดในวัยนี้ ทำให้อาจเกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้ง่ายถ้าวัยรุ่นขาดการยั้งคิดที่ดี การได้ทำอะไรด้วยตนเอง และทำได้สำเร็จจะช่วยให้วัยรุ่นมีความมั่นใจในตนเอง (Self confidence)

การควบคุมตนเอง (Self control) วัยนี้จะเรียนรู้ที่จะควบคุมความคิด การรู้จักยั้งคิด การคิดให้เป็นระบบเพื่อให้สามารถใช้ความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

อารมณ์ (Mood) อารมณ์จะปั่นป่วน เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดง่าย เครียดง่าย โกรธง่าย อาจเกิดอารมณ์ซึมเศร้าโดยไม่มีสาเหตุได้ง่าย อารมณ์ที่ไม่ดีเหล่านี้อาจทำให้เกิดพฤติกรรมเกเร ก้าวร้าว มีผลต่อการเรียนและการดำเนินชีวิต (พนม เกตุมาน, 2550)

3. พัฒนาการทางสังคม (Social development)

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น พวกเขาจะเริ่มใช้เวลาอยู่กับเพื่อนฝูงมากขึ้น และใช้เวลาอยู่กับครอบครัวน้อยลง และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนฝูงเหล่านี้ก็ยังไม่ได้รับการดูแลจากผู้ใหญ่มากขึ้น แนวคิดเรื่องมิตรภาพของเด็กมักมุ่งเน้นไปที่กิจกรรมร่วมกัน ในขณะที่แนวคิดเรื่องมิตรภาพของวัยรุ่นเน้นไปที่การแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ในช่วงวัยรุ่น กลุ่มเพื่อนพัฒนาจากเพศเดียวไปเป็นเพศผสม วัยรุ่นในกลุ่มเพื่อนมักจะมีอาการคล้ายคลึงกันในด้านพฤติกรรมและทัศนคติ ซึ่งได้รับการอธิบายว่าเป็นหน้าที่ของโฮโมฟีลี (วัยรุ่นที่มีความคล้ายคลึงกันเลือกที่จะใช้เวลาร่วมกัน) และอิทธิพล (วัยรุ่นที่ใช้เวลาร่วมกันเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมและทัศนคติของกันและกัน) ลักษณะหนึ่งที่มีการศึกษาอย่างกว้างขวางที่สุดของอิทธิพลของเพื่อนวัยรุ่นเรียกว่าการติดต่อกับเพื่อนวัยรุ่นแบบเบี่ยงเบน (Dishion, 2011) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เพื่อนฝูงเสริมสร้างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยเพื่อนสามารถทำหน้าที่ทั้งด้านบวก และด้านลบในช่วงวัยรุ่น แรงกดดันจากเพื่อนในเชิงลบอาจทำให้วัยรุ่นตัดสินใจเสี่ยงมากขึ้นหรือมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากกว่าที่พวกเขาจะทำตามลำพังหรืออยู่ต่อหน้าครอบครัว ตัวอย่างเช่น วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้ยาเสพติด และก่ออาชญากรรมเมื่ออยู่กับเพื่อนมากกว่าเมื่ออยู่ตามลำพังหรือกับครอบครัว อย่างไรก็ตาม เพื่อนยังทำหน้าที่เป็นแหล่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมและความเป็นเพื่อนในช่วงวัยรุ่น และวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์แบบเพื่อนเชิงบวกจะมีความสุขและปรับตัวได้ดีกว่าวัยรุ่นที่อยู่โดดเดี่ยวทางสังคมหรือมีความสัมพันธ์แบบเพื่อนที่มีความขัดแย้ง วัยนี้จะเริ่มห่างจากทางบ้าน ไม่ค่อยสนิทสนมคลุกคลีกับพ่อแม่พี่น้องเหมือนเดิม แต่จะสนใจเพื่อนมากกว่าจะใช้เวลากับเพื่อนนาน ๆ มีกิจกรรมนอกบ้านมาก ไม่อยากไปไหนกับทางบ้าน เริ่มมีความสนใจเพศตรงข้าม สนใจสังคมสิ่งแวดล้อม ปรับตัวเองให้เข้ากับ

กฎเกณฑ์กติกาของกลุ่มของสังคมได้ดีขึ้น มีความสามารถในทักษะสังคม การสื่อสารเจรจา การประนีประนอม การยืดหยุ่นโอนอ่อนผ่อนตามกัน และการทำงานร่วมกับผู้อื่น พัฒนาการทางสังคมที่ดีจะเป็นพื้นฐานมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี และบุคลิกภาพที่ดี การเรียนรู้สังคมจะช่วยให้ตนเองหาแนวทางการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับตนเอง เลือกวิชาชีพที่เหมาะสมกับตน และมีสังคมสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อตนเองในอนาคตต่อไป (พนม เกตุมาน, 2550)

สรุป พัฒนาการของวัยรุ่นมีลักษณะเฉพาะจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ทางจิตใจ หรือการรับรู้ และทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมมีความโดดเด่นเป็นพิเศษเมื่อวัยรุ่นเป็นอิสระจากพ่อแม่มากขึ้น ใช้เวลากับเพื่อนฝูงมากขึ้น การปรับตัวในช่วงวัยรุ่นสะท้อนให้เห็นในการสร้างอัตลักษณ์ วัยรุ่นมีลักษณะเป็นพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงในสมอง ซึ่งเป็นระบบควบคุมการรับรู้ ทำให้วัยรุ่นไวต่อรางวัลมากกว่าผลเสียที่อาจเกิดขึ้น แต่ปัจจัยต่าง ๆ เช่น ประเทศที่พำนัก เพศ ชชาติพันธุ์ และรสนิยมทางเพศ จะกำหนดพัฒนาการในลักษณะที่นำไปสู่ประสบการณ์ที่หลากหลายตลอดช่วงวัยรุ่น ซึ่งจากปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เหตุผลของการดื่ม ได้แก่ เพื่อต้องการเข้าสังคมหรือการสังสรรค์ อยากทดลองดื่ม และตามอย่างเพื่อน จากสถิติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนที่มีแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น แม้รัฐจะมีนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยลดปัญหาและผลกระทบด้านต่าง ๆ เป็นระยะแล้วก็ตาม มาตรการที่สำคัญ ได้แก่ การจำกัดสถานที่ วัน เวลา อายุ และวิธีห้ามขาย เช่น ห้ามจำหน่ายสุราในสถานศึกษา แต่จากการสำรวจการดำเนินงานเฝ้าระวังบังคับใช้กฎหมายในระดับพื้นที่ช่วงเทศกาล พบว่าร้านค้า/ผู้ประกอบการยังละเมิดกฎหมาย เช่น จำหน่ายนอกเวลา จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี การละเมิดกฎหมายและมาตรการต่าง ๆ เหล่านี้ อาจเป็นผลให้วัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่ต้องการความเป็นอิสระ ชอบที่จะมีความเป็นส่วนตัว ต่อต้านไม่เชื่อฟังในสิ่งที่ผู้ปกครองบอก ส่วนใหญ่เชื่อเพื่อน ให้เวลากับเพื่อนมากกว่าผู้ปกครอง และพยายามทำตัวให้เข้ากับกลุ่ม จึงง่ายต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาหรือผลกระทบตามมามากมาย และเมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลานาน จะเกิดอาการติดแอลกอฮอล์เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ส่งผลเสียต่อสุขภาพ รวมถึงปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจตามมา เช่น การได้รับบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุจากราจร ปัญหาพฤติกรรมทางเพศและการเกิดอาชญากรรม

ความหมายของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือวัยหนุ่มสาว (Early adulthood)

เป็นวัยของช่วงอายุ 18-35 ปี โดยทั่วไปคนจะมองว่าวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาวเป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุดช่วงหนึ่งของชีวิต นั้นมีความรับผิดชอบในขอบเขตจำกัด ชีวิตมีแต่ความสนุกสนานรื่นรมย์ ส่วนวัยหนุ่มสาวนั้น แม้จะเริ่มมีภาระความรับผิดชอบ แต่ก็ยังไม่มากเท่ากับภาระของคนวัยกลางคน

ที่สำคัญคือ ช่วงเวลานี้เป็นเวลาที่เราไม่มีความไฝ่ฝันทะเยอทะยาน และมุ่งมั่นในการสร้างจุดมุ่งหมายให้กับชีวิตของตนเอง ถ้าพิจารณาวัยนี้ โดยใช้กฎเกณฑ์อายุ 18 ปี เป็นจุดเริ่มต้นในช่วง 5 ปีแรกคือ อายุ 18-23 ปี ถือเป็นระยะเริ่มแรกที่คนเริ่มมองหาอาชีพการงานของตนในอนาคต แสวงหารูปแบบของตนเองในแง่มุมต่าง ๆ เช่น เรื่องของค่านิยม (Value) หน้าที่ ภาพพจน์ของตนเอง (ศรีประภา ชัยสินธพ, 2554)

Arnett et al. (2014 อ้างถึงใน คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, 2566) กล่าวว่า ผู้ใหญ่วัยเริ่มมีลักษณะแตกต่างจากวัยรุ่น (13-20 ปี) และผู้ใหญ่ตอนต้น (Early Adulthood) (21- 40 ปี) คือเป็นบุคคลที่มีอายุบรรลุนิติภาวะและไม่ใช่วัยเยาว์ตามกฎหมาย มีพัฒนาการทางร่างกายและสติปัญญาที่ทำให้มีความสามารถที่มีประสิทธิภาพกว่าช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น ทำให้สามารถและมีเวลามากพอที่จะสำรวจและทดลองในเรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ และหน้าที่การงาน แต่ขณะเดียวกันก็ยังไม่สามารถที่จะรับผิดชอบตนเองได้เทียบเท่าผู้ใหญ่

Hurlock (1975) กล่าวว่า วัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงระยะเวลาของการปรับตัวตามสภาพสังคมและแบบแผนใหม่ ๆ ของชีวิต เริ่มมีบทบาทใหม่เกิดขึ้นมา มีทัศนคติ ความสนใจ และค่านิยมที่แตกต่างไปจากเดิม

วิภาภัก แก้วอิม (2565) กล่าวว่า วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early adulthood) ในช่วงวัยนี้จะมีพัฒนาการเข้าสู่วุฒิภาวะค่อนข้างสมบูรณ์ ตลอดจนบุคคลในช่วงวัยนี้จะมีการตัดสินใจต่าง ๆ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา และมีการเรียนรู้ตลอดทั้งช่วงชีวิต

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนปลาย (18-21 ปี) ซึ่งมีพฤติกรรม ทัศนคติ ลักษณะทางร่างกายมีวุฒิภาวะพร้อมทุกด้าน และเป็นช่วงที่เปลี่ยนแปลงเข้าสู่ผู้ใหญ่ตอนต้น (21-40 ปี) ซึ่งมีพัฒนาการทางร่างกายและสติปัญญาที่ทำให้มีความสามารถที่มีประสิทธิภาพกว่าช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น เป็นช่วงระยะเวลาของการปรับตัวตามสภาพสังคมและแบบแผนใหม่ ๆ ของชีวิต มีทัศนคติ ความสนใจ และค่านิยมที่แตกต่างไปจากเดิม โดยเฉพาะช่วง 18-25 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิตที่ต่างไปจากเดิม เช่น การออกจากบ้านมาอยู่หอพัก และในขณะเดียวกันวัยนี้ก็ให้ความสำคัญกับเพื่อน และการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนเป็นอย่างมาก อาจทำให้ถูกชักจูงไปสู่การมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งรวมถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทำให้เกิดนักดื่มหน้าใหม่ และอาจทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ตามมาได้ เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน อุบัติเหตุ การทะเลาะวิวาท เป็นต้น

ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1. ความหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นของเหลวที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ชนิดดื่ม หรือเรียกว่าเอทานอล (Ethanol) ใช้เพื่อการดื่มส่วนใหญ่ได้มาจากการหมักและการกลั่น (WHO, 2001 อ้างถึงใน ภัคจิรา ภูสมศรี, 2557)

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายความว่า สุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา ทั้งนี้ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น (พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551)

แอลกอฮอล์ หรือที่คนไทยเรียกว่า สุราหรือเหล้า เป็นสารธรรมชาติที่ได้มาจากกระบวนการหมักน้ำตาล (เช่น จากข้าว องุ่น ข้าวโพด) กับยีสต์ เกิดเป็นสารที่เรียกว่า เอทานอล (Ethanol) ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักในเครื่องดื่มประเภทสุรา แต่การที่จะดื่มเอทานอลที่บริสุทธิ์เพียงอย่างเดียวนั้น ไม่สามารถดื่มได้ เพราะรสชาติแรงบาดคอ จึงต้องมีส่วนผสมเพื่อให้รสชาติดีขึ้น เราเรียก ส่วนผสมนั้นว่า คอนเจเนอร์ (สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ความหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง สุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา เครื่องดื่มทุกประเภทที่มีส่วนผสมของเอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl Alcohol) ซึ่งเป็นแอลกอฮอล์ธรรมชาติที่ได้จากการหมักของพืชและผลไม้ชนิดต่าง ๆ เช่น ข้าว องุ่น ฯลฯ เมื่อดื่มเข้าไปแล้วทำให้เกิดอาการมึนเมา

2. ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คนไทยบริโภคกันโดยทั่วไปมีอยู่หลายชนิด มีความแตกต่างกันทั้งปริมาณแอลกอฮอล์ วัสดุที่ใช้ทำและขั้นตอนการผลิต ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่คนไทยบริโภคมีหลายชนิด ได้แก่ (สุทธิรักษ์ ไชยรักษ์ และคณะ, 2553)

2.1 เหล้าบรันดี (Brandy) เป็นสุราที่มีรสเยี่ยมมากที่สุด มีราคาแพงเนื่องจากเป็นเหล้าที่กลั่นมาจากองุ่น มีกรรมวิธีการผลิตและขั้นตอนการบ่มที่ใช้เวลานาน เพื่อให้มีคุณภาพดีแล้วปรุงแต่งตามกรรมวิธีให้มี สี กลิ่น รส และแรงแอลกอฮอล์ตามต้องการ เหล้าบรันดีในไทย มีทั้งนำเข้าจากต่างประเทศและผลิตขึ้นเองในประเทศ บรันดีที่ขายตามท้องตลาดทั่ว ๆ ไป แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

2.1.1 บรันดีพื้นเมือง (Domestic brandy) คือ บรันดีที่ผลิตจากองุ่น แล้วนำมากลั่นเป็นบรันดีอีกที เช่น Regency Brandy, Germany Brandy

2.1.2 บรันดีมาตรฐาน (Regular brandy) ส่วนใหญ่เป็นบรันดีที่นำเข้าจากต่างประเทศ

2.1.3 บรันดีเกรดสูง (Premium brandy) เป็นบรันดีราคาแพงที่เก็บบ่มเอาไว้ในถังไม้โอ๊กนาน โดยระบุคุณภาพเป็นตัวอักษรย่อ หรือชื่อพิเศษ เช่น คอนยัค, อาร์มายัค

2.2 เหล้าบรันดีผลไม้ (Fruit brandy) บรันดีผลไม้ คือ บรันดีที่ทำจากผลไม้อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ผล องุ่น ซึ่งจะให้กลิ่นรสแตกต่างกันไป แบ่งเป็น 2 ชนิด

2.2.1 บรันดีผลไม้สีขาว (White fruit brandy) ผลิตจากการกลั่นผลไม้ โดยไม่ต้องบ่มในถังไม้ จะได้กลิ่นหอม และรสของผลไม้ นั้น ๆ นิยมแช่ให้เย็นแล้วดื่มโดยไม่ต้องผสม หรือจะนำไปผสมในค็อกเทลต่าง ๆ

2.2.2 บรันดีผลไม้ที่มีสี (Colour fruit brandy) ผลิตจากการกลั่นผลไม้แล้วนำไปเก็บบ่มในถังไม้โอ๊ก ผลไม้ที่นำมากลั่น เช่น แอปเปิ้ล เชอร์รี่ พลัม แพร์ ราสเบอร์รี่

2.3 วิสกี้ (Whisky) เป็นสุรากลั่นที่ทำมาจากข้าว ไม่ว่าจะเป็นข้าวบาเลย์ ข้าวไรย์ข้าวโอ๊ต ข้าวโพด หรือข้าวเหนียว แต่วิสกี้ที่มีคุณภาพจะต้องทำมาจากข้าวบาเลย์ โดยนำมาหมักกลั่นแล้วเก็บบ่มในถังไม้โอ๊ก

2.4 เหล้ารัม (Rum) เป็นสุราที่กลั่นมาจากน้ำอ้อย กากน้ำตาลและน้ำเชื่อมอาจจะมีการผสม ผิวส้มและผลไม้อื่นในเหล้ารัมเพื่อให้มีรสชาติใกล้เคียงกับไวน์ในประเทศไทยมีการผลิตเหล้ารัมผสม เครื่องยาจีนหรือยาไทยอีกด้วย รัมแบ่งเป็น 3 ชนิดด้วยกัน ดังนี้

2.4.1 รัมสีขาว (White rum) เป็นรัมสีใส บางชนิดไม่ต้องเก็บบ่ม บางชนิดต้องเก็บบ่มในถังไม้เพื่อให้กลิ่นรสดีขึ้น บางครั้งเรียกว่า Silver Rum เหมาะสำหรับนำไปผสมค็อกเทลที่ไม่ต้องการให้เปลี่ยนสี

2.4.2 รัมสีทอง (Gold rum) เป็นรัมที่มีสีเหลืองใส ได้จากการเก็บบ่มไวน์ในถังไม้เพื่อให้เกิดสี หรือผสมสี กลิ่นรสชาติด้วยคาราเมล (Caramel) ที่ได้จากการเคี่ยวน้ำตาล เป็นสีเหลืองทอง เพื่อให้ได้เหล้ารัมที่มีกลิ่น สี รสชาติมากขึ้นกว่าเดิม

2.4.3 รัมสีดำ (Dark rum) เป็นรัมที่สีเกือบดำ ได้จากการเก็บบ่มไวน์ในถังไม้ เพื่อให้เกิดสี และผสมกับคาราเมลที่ได้จากการเคี่ยวน้ำตาลจนเป็นสีดำเกือบไหม้ จะได้กลิ่นและรสชาติมากขึ้น เหล้ารัมนิยมนำไปผสมกับค็อกเทลมาก ที่รู้จักกันมา คือ Rum Coke หรือ Cuba Libre นอกจากนี้ยังนำไปผสมกับเครื่องดื่มชนิดอื่น ๆ เช่น น้ำผลไม้ โดยเฉพาะที่เรียกว่า Punch จะเป็นเครื่องดื่มที่เข้ากันได้ดีมากกว่ารัมเหล้า รัมจำหน่ายจะมีปริมาณแอลกอฮอล์ประมาณ 40 ดีกรี แต่มีหลายชนิดผลิตให้มีปริมาณสูงมากถึง 75.5 ดีกรี

2.5 เหล้าค็อกเทล คือ การนำเหล้าหลาย ๆ ชนิดมาผสมกันตามสูตรแล้วแต่รสนิยมของผู้ดื่ม

2.6 วอดก้า (Vodka) เป็นสุราที่มีลักษณะคล้ายวิสกี้ แต่มีดีกรีของแอลกอฮอล์สูงมากกว่า วอดก้า ทำมาจากข้าวสาลี ปัจจุบันเป็นเหล้าที่ได้รับความนิยม โดยใช้ผสมค็อกเทลสูตร

ต่าง ๆ เครื่องดื่มวอดก้าที่รู้จักกันดี คือ Screw Driver, Bloody Mary, Vodka Matini, Saltry Dog's เป็นต้น ส่วนเหล้าวอดก้าที่รู้จักกันดีในประเทศไทย คือ Borzoi, Smirnoff, Stolighinaya

2.7 เหล้าตากีลา (Taguila) ตากีลาเป็นเหล้ากลั่นแรง หมักจากพืชที่เรียกว่า Mezcal ผลิตในประเทศเม็กซิโก ซึ่งปกติตากีลา จะมีสีขาว แต่บางชนิดจะมีสีเหลืองทองจากการบ่มในถังไม้ ปกติ ชาวเมืองเม็กซิโกนิยมดื่มเหล้าตากีลาโดยไม่ผสมหากแต่ก่อนดื่มจะหยิบมะนาวใส่ปากแล้วบิเกลือตามจึงยกเหล้าขึ้นดื่มเพื่อให้มีรสชาติที่ดีขึ้น ปัจจุบันนิยมมาตากีลามาทาเป็นเครื่องดื่มผสม เช่น tequila sunrise, Margarita เป็นต้น เหล้าตากีลาที่รู้จักกันดีในประเทศไทย เช่น El – Toro, Cuervo,

2.8 เหล้าขาว เป็นเหล้าที่กลั่นมาจากข้าว น้ำตาล หรือกากน้ำตาลเป็นวัตถุดิบโดยสุราที่กลั่นออกมาได้ จะปราศจากเครื่องย้อมหรือสิ่งปรุงแต่งแต่อย่างใด คนในชนบทและผู้มีรายได้น้อย นิยมดื่ม เหล้าขาวกันมาก

2.9 แชมเปญ เป็นเหล้าหมักที่ทำจากองุ่นโดยไม่ผ่านกระบวนการกลั่นมีลักษณะพิเศษ คือ เป็นสุราองุ่นที่มีฟองคือ มีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เจือปนอยู่คล้าย ๆ เบียร์ กระบวนการผลิต และขั้นตอนในการเก็บรักษาทำให้แชมเปญมีราคาแพง

2.10 ไวน์ (Wine) เป็นเหล้าผลไม้หมักที่เก่าที่สุดในโลก วัตถุดิบที่ใช้ในการทำไวน์ คือ องุ่น ไวน์ต่างจาก แชมเปญที่ไม่มีฟอง และกรรมวิธีการผลิตจะไม่ซับซ้อนเท่าแชมเปญสามารถแบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

2.10.1 Table Wine หรือ Still Wine คือ ไวน์ที่หมักจากองุ่น โดยไม่ต้องเพิ่มเติมสิ่งหนึ่งสิ่งใดลงไป ไม่มีแก๊ส มีปริมาณแอลกอฮอล์ 10-13 ดีกรี นิยมดื่มในทุกโอกาส แต่ส่วนใหญ่ดื่มเพื่อเจริญอาหารและรสชาติ มี 3 สี ไวน์แดง (Red Wine) จะมีตั้งแต่สีอ่อน ถึงแดงเข้ม ขึ้นอยู่กับชนิดขององุ่นที่นำมาหมักและระยะเวลาในการหมัก ส่วนใหญ่ไวน์แดงจะมีรสฝาด และให้รสหวานน้อยมากเรียกว่า Dry นิยมดื่มโดยไม่แช่เย็น ไวน์ขาว (White Wine) จะมีตั้งแต่สีเหลืองซีดจนถึงสีเหลืองทองลักษณะโดยทั่วไปจะมีรสอ่อน กลิ่นน้อย ความหวานมีตั้งแต่หวานน้อยจนถึงหวานมาก ไม่มีรสฝาดนิยมดื่มโดยไม่แช่เย็น ไวน์สีชมพู (Rose Wine) จะมีตั้งแต่สีชมพูอ่อนถึงเกือบแดง ไวน์สีชมพู จะมีลักษณะระหว่างไวน์ขาวกับไวน์แดง คือ มีรสฝาดเล็กน้อยและมีรสเปรี้ยวอมหวาน จึงเป็นที่นิยม ดื่มง่าย นิยมแช่เย็นก่อนดื่ม

2.10.2 Sparkling Wine คือ ไวน์ที่มีแก๊ส จึงทำให้มีรสซ่า มีทั้งสีขาว ชมพู และแดง Sparkling Wine ใช้กรรมวิธีหมักไวน์ซ้ำเป็นครั้งที่สองภายในขวด และเก็บรักษาแก๊สนี้ไว้ จึงทำให้เกิดรสซ่าเป็นที่นิยมกันมาก จึงมีการจดลิขสิทธิ์ไว้ในชื่อ “Champagne” ของฝรั่งเศส ส่วนไวน์ที่ผลิตด้วยกรรมวิธีคล้ายคลึงกันจะใช้คำว่า Sparkling Wine แชมเปญที่นิยมดื่มเพื่อแสดงความยินดีต่อกัน เสรีฟโดยแช่เย็นจัด

2.10.3 Fortified Wine คือ ไวน์ที่เพิ่มแอลกอฮอล์ให้สูงประมาณ 18-19 ดีกรี จะมีกลิ่นรส และแอลกอฮอล์มากกว่าไวน์ธรรมดา แชนเย็นเพียงเล็กน้อยก่อนดื่ม

2.11 เบียร์ (Beer) เป็นสุราที่มีปริมาณการบริโภคสูงที่สุด เบียร์ ทำมาจากข้าวบาเลย์ หมัก อบ และบดต้มให้สุกแล้วใส่ถัง เมื่อหมักได้ที่แล้วจึงใส่ดอกฮอป เพื่อให้มีรสขม จากนั้นจึงใส่ยีสต์

2.12 น้ำตาลเมา/กระแช่ เป็นสุราที่ทำจากการหมักแช่ของน้ำตาลสดจากต้นมะพร้าว

2.13 อุ เป็นสุราแช่ที่ทำขึ้นจากการหมักแช่ของข้าวเหนียวกลิ้ง เป็นแป้งเชื้อสุราทิ้งไว้จนมีแอลกอฮอล์เกิดขึ้นแล้วใช้ดื่มกินเช่นเดียวกับน้ำสุรา เหล้าอุนี้ภาคอีสานเรียกว่า สาโท

สรุป ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สังคมไทยและทั่วโลกดื่มมีหลายชนิด ทั้งในปริมาณของแอลกอฮอล์ วัสดุที่ใช้ รวมถึงขั้นตอนและวิธีการผลิต

ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1. ผลกระทบต่อสุขภาพกาย

ภาวะมีเมามาจากแอลกอฮอล์ เป็นผลจากการแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดไปมีผลต่อการทำงานของสมอง ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไปตามระดับของแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด โดยผู้บริโภคมักมีอาการเล็กน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ปริมาณของแอลกอฮอล์ที่บริโภคเข้าไป อัตราการเพิ่มสูงของแอลกอฮอล์ในร่างกาย ยิ่งดูดซึมเร็วอัตราการเพิ่มสูงจะยิ่งมากขึ้น ทำให้มีอาการได้เร็วและมากขึ้นตามลำดับ โดยภาวะร่างกายของแต่ละคนจะตอบสนองต่อแอลกอฮอล์ไม่เหมือนกัน นอกจากนี้ ปัจจัยทางพันธุกรรมยังเป็นตัวกำหนดการตอบสนองของสมองที่มีต่อระดับแอลกอฮอล์ รวมถึงภาวะของอารมณ์และสิ่งแวดล้อมในขณะที่ย้อมดื่มด้วยซึ่งการแสดงพฤติกรรมเมื่อเกิดอาการมาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีปัจจัยในการขับเคลื่อน 3 อย่าง ได้แก่ ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด นิสัยเดิมของแต่ละบุคคล และความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมซึ่งระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจะส่งผลต่อพฤติกรรมและร่างกายระยะสั้น โดยส่วนใหญ่เป็นผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ระบบหัวใจและระบบหายใจ ดังนี้

- ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 30-120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะมีอาการอ่อนคลายเป็นพิษ ผื่นซีดผื่น พุดคุดง่าย เป็นกันเอง สมาธิลดลง การตัดสินใจเริ่มผิดปกติ ปฏิกริยาตอบสนองเริ่ม ซ้ำลง การประสานงานและการควบคุมกล้ามเนื้อบางส่วนเริ่มผิดปกติ

- ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 90-250 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะมีอาการง่วงนอน ซึม ความสามารถในการจำ ทำความเข้าใจ และปฏิกริยาตอบสนองซ้ำลงอย่างชัดเจน เดินไม่ตรง ประสาทการรับรู้ผิดปกติ เช่น สายตาเบลอ เป็นต้น

- ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 180-300 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะมีอาการสับสน ซึม พูดไม่รู้เรื่อง เดินเบ่มากขึ้น สายตาสับสน วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง อาจควบคุมอุจจาระปัสสาวะไม่ได้

- ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 250-400 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะมีอาการเดินไม่ได้ หมดสติ เป็นช่วง ๆ จำอะไรไม่ได้ ปัสสาวะราด สูญเสียการรับรู้เพิ่มขึ้น เช่น ชาทั้งแขนขา การเต้นของหัวใจ ลดลง มีความผิดปกติของการหายใจ อาเจียนรุนแรง หรืออาจเกิดอาการสำคัญขณะหมดสติ เป็นต้น

- ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 400 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะมีอาการหมดสติ โคมา สูญเสียปฏิกิริยาตอบสนอง มีความผิดปกติของการหายใจ หายใจช้าลง จนถึงหยุดหายใจได้ หัวใจเต้นช้าลง และเสียชีวิต

ภาวะขาดแอลกอฮอล์ เกิดจากการลดลงของระดับแอลกอฮอล์ ซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานของสมองทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ตามมา อาการจะขึ้นอยู่กับว่าผู้นั้นเป็นผู้ที่ดื่มจนกลายเป็น "ผู้ติดแอลกอฮอล์" หรือไม่ โดยทั่วไป ผู้ที่ไม่ติดแอลกอฮอล์จะเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์ได้หลังจากบริโภคในปริมาณที่มาก โดยมีลักษณะที่เรียกกันว่า "เมาค้าง" ในตอนเช้า หรือยังไม่สร้างเมาจากเมื่อคืน ซึ่งอาการจะเริ่มเกิดขึ้นหลังจากหยุดบริโภคได้ 4-6 ชั่วโมง โดยมีอาการปวดศีรษะ มือสั่น หงุดหงิด กระวนกระวาย ตาสู้แสงสว่างไม่ได้ รวมทั้งอาจมีอาการใจสั่นรวมด้วย อาการต่าง ๆ เหล่านี้จะเป็นอยู่ประมาณ 24-48 ชั่วโมง

ผลของแอลกอฮอล์ต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย มีดังนี้

สมองและระบบประสาท

- ระบบประสาทส่วนปลาย จะทำให้เกิดอาการปลายประสาทอักเสบ มีอาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า ซึ่งเป็นอาการของเหน็บชา และจะเสียอาการทรงตัวเสียไป

- สมอง เมื่อเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใหม่ ๆ จะทำให้ระบบควบคุมการทำงาน จะทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า สดชื่น มีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิก เมื่อดื่มมากขึ้นจะมีอาการมึนเมา ง่วงนอน หลับจนอาจถึงขั้นหมดสติได้

- การที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง จะมีการเปลี่ยนแปลงในสมองทำให้ความจำเสื่อม ความคิดเลอะเลือน เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะ จะทำให้สมองเสื่อม ส่งผลให้เสียการทรงตัว เดินไม่ตรงทาง เมื่อเอ็กซ์เรย์สมองจะพบว่าขนาดของสมองเล็กลง จะมีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ ไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม บางครั้งจะมีอาการซึมเศร้า บางครั้งจะมีอาการประสาทหลอนระแวงว่าจะมีคนมาทำอันตราย

ระบบทางเดินอาหารและตับ

- ภาวะพาอาหาร พิษของสุราจะทำให้เยื่อบุอาหารถูกทำลาย ซึ่งกรดในภาวะพาอาหารก็จะเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดโรคภาวะพาอาหารอักเสบ เป็นแผลในภาวะพา จะทำให้เกิดมีอาการปวดท้องหรือภาวะพาอาหาร พิษของสุราจะทำให้เยื่อบุภาวะพาอาหารถูกทำลาย ซึ่งกรดในภาวะพา อาเจียนเป็นเลือดได้

- ตับอ่อน การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก แอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นตับอ่อน ทำให้หลั่งน้ำย่อยออกมามาก ทำให้เกิดมีตับอ่อนอักเสบมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง ไข้สูง ในบางครั้งอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

- ตับ ตับเป็นอวัยวะที่สำคัญในการทำลายแอลกอฮอล์ เมื่อแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกายแล้ว จะถูกดูดซึมเข้าลำไส้แล้วส่งตรงไปยังตับเพื่อทำลาย เมื่อมีปริมาณน้อยร่างกายก็ทนทานได้ แต่เมื่อมีปริมาณมากขึ้นตับก็จะบวม มีไขมันไปแทรกตามเซลล์ของตับ เมื่อมีอาการนานเข้าจะทำให้เกิดโรคตับแข็ง ซึ่งจะมีอาการมาน้ำ (คืออาการที่มีน้ำและเกลือร่วออกจากเส้นเลือดไปสะสมใต้ผิวหนังและในช่องท้อง) อาเจียนเป็นเลือด และอาจจะเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งของตับได้

ระบบหัวใจและหลอดเลือด

- ระบบหัวใจ เมื่อดื่มสุรามาก ๆ จะทำให้การเต้นและการบีบตัวของหัวใจไม่ปกติหัวใจเต้นเร็วขึ้นและขณะเดียวกันถ้าดื่มสุรามากจะทำให้ขาดวิตามินบีหนึ่ง ส่งผลให้กล้ามเนื้อของหัวใจทำงานไม่ดี ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้เกิดโรคหัวใจโตไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

- ระบบหลอดเลือด แอลกอฮอล์จะทำให้เส้นเลือดขยายตัวและทำให้ไขมันในเลือดสูงเลือดแข็งตัวง่าย ซึ่งจะทำให้เส้นเลือดในสมองแตกได้ง่าย

ระบบเม็ดเลือด

- แอลกอฮอล์จะทำให้การทำงานของเม็ดเลือดแดงเสีย จะทำให้มีอาการของเลือดจางเนื่องจากขาดกรดโฟลิก โดยมีการผลิตเม็ดเลือดขาวน้อยลง ความต้านทานลดต่ำลง การหยุดเลือดในร่างกายไม่ดีเนื่องจากเกร็ดเลือดทำหน้าที่ไม่ดี ทำให้มีโอกาสตกเลือดได้ง่าย

อัตราการเกิดมะเร็งในอวัยวะต่าง ๆ

- การเกิดมะเร็งในอวัยวะต่าง ๆ เป็นสาเหตุการตายอันดับที่สองของพวกที่ติดสุราเรื้อรัง และมีโอกาสเกิดมะเร็งสูงถึง 10 เท่า เมื่อเทียบกับคนปกติ อวัยวะที่พบได้บ่อยคือ หลอดอาหาร ภาวะพา ตับ และตับอ่อน

ระบบขับถ่ายและอวัยวะสืบพันธุ์

- เมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อยจะมีความต้องการทางเพศสูง แต่เมื่อดื่มติดต่อกันเป็นเวลานาน ความต้องการทางเพศจะลดลงและอาจจะทำให้ลูกอันตะเล็กลงได้ในผู้หญิง

ตั้งครรภ์ ถ้าดื่มสุราจะทำให้เกิดการแท้งหรือคลอดบุตรเร็ว และบุตรอาจมีอาการผิดปกติได้ (สุภาวิณี ดิทรัพย์, 2557)

2. ผลกระทบต่อสุขภาพจิต

การดื่มสุราเป็นอันตรายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า อีกทั้งการใช้สุราในทางที่ผิดและการติดสุรา มักพบร่วมในผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ตัวอย่างเช่น ผู้ติดสุราจะเสี่ยงต่อการเกิดโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า 2.1 - 4.8 เท่า และโรคจิต 6 เท่า ผู้ที่ซึมเศร้าเมื่อดื่มหนักจะเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตายค่อนข้างสูง การดื่มหนักจะทำให้มีอาการซึมเศร้า โรควิตกกังวลแย่ง และการดื่มสุราจะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีผลการรักษาไม่ดี (กรมสุขภาพจิต, 2562)

3. ผลกระทบต่อสังคม

วัยรุ่นที่เริ่มบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนอายุ 15 ปี ยังคงมีพฤติกรรมการดื่มมาก จนถึงปัจจุบันเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการติดแอลกอฮอล์เมื่ออายุมากขึ้นด้วย วัยรุ่นที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสที่จะสูบบุหรี่ด้วยถึง 7 เท่า และยังส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่น การใช้สารเสพติด การทะเลาะวิวาท การเกิดอุบัติเหตุ และการได้รับบาดเจ็บ (WHO, 2018)

จากข้อมูลดังกล่าวมาจะเห็นได้ว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว การเริ่มต้นดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงที่เป็นวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงที่เปลี่ยนแปลงสำคัญของชีวิต จากวัยรุ่นตอนปลายมาสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น นักศึกษามีความคิด ทศนคติและความเชื่อมั่นในตนเองค่อนข้างสูง พร้อมกับได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน อาจทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะดื่มอย่างต่อเนื่องจนเสพติดในเวลาต่อมา นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ตามมาได้

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ให้ไว้ ณ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 เป็นปีที่ 63 ในรัชกาลปัจจุบันพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มี 7 หมวด 45 มาตรา โดยมีเนื้อหาในมาตราที่เกี่ยวข้องดังนี้

มาตรา 27 ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณดังต่อไปนี้

1. วัดหรือสถานที่สำหรับปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา
2. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและร้านขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา
3. สถานที่ราชการ ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้เป็นร้านค้าหรือสโมสร
4. หอพักตามกฎหมายว่าด้วยหอพัก

5. สถานศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ
6. สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมน้ำมันเชื้อเพลิงหรือร้านค้า
ในบริเวณสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง
7. สวนสาธารณะของทางราชการที่จัดไว้เพื่อการพักผ่อนของประชาชนโดยทั่วไป
8. สถานที่อื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

มาตรา 28 ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องตีมแอลกอฮอล์ในวัน หรือเวลาที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ ทั้งนี้ประกาศดังกล่าวจะกำหนดเงื่อนไขหรือข้อยกเว้นใด ๆ เท่าที่จำเป็นไว้ด้วยก็ได้ การจำหน่ายอาหาร สุรา น้ำชา หรือเครื่องตีมอย่างอื่น โดยมีสำหรับพักผ่อนหลับนอนหรือมีบริการนวดให้แก่ลูกค้าให้เปิดทำการได้ระหว่าง 11.00 น. ถึง 14.00 น. และ ตั้งแต่ 17.00 น. ถึง 24.00 น. นับตั้งแต่เวลา 18.00 น. ของวันก่อนวันเลือกตั้งจนวันสิ้นสุดการเลือกตั้ง ห้ามมิให้ผู้ใดขาย จำหน่าย จ่ายแจกหรือจัดเลี้ยงสุราทุกชนิดในเขตเลือกตั้ง ห้ามจำหน่ายเครื่องตีมแอลกอฮอล์ในเขตวันเข้าพรรษา ซึ่งเป็นวันงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ และวันสำคัญทางศาสนา ได้แก่ วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา และ วันอาสาฬหบูชา เป็นวันงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ และวันอื่น ๆ ที่ทางรัฐมนตรีได้ ประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากฝ่าฝืนมีโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน ปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา 39

มาตรา 29 ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่บุคคลดังต่อไปนี้

1. บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
2. บุคคลที่มีอาการมึนเมาจนครองสติไม่ได้

มาตรา 30 ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือในลักษณะดังต่อไปนี้

1. ใช้เครื่องขายอัตโนมัติ
2. การเร่ขาย
3. การลดราคาเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมการขาย
4. ให้หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชมการแข่งขัน การแสดง การให้บริการการชิงโชค การชิงรางวัล หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือแก่ผู้นำหีบห่อหรือสลากหรือสิ่งอื่นใดเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาแลกเปลี่ยนหรือแลกซื้อ
5. โดยแจก แถม ให้ หรือแลกเปลี่ยนกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือกับสินค้าอื่นหรือการให้บริการอย่างอื่น แล้วแต่กรณี หรือแจกจ่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะเป็นตัวอย่างของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือเป็นการจูงใจสาธารณชนให้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการกำหนดเงื่อนไขการขายในลักษณะที่เป็นการบังคับซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยทางตรงหรือทางอ้อม

6. โดยวิธีหรือลักษณะอื่นใดตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำ ของ คณะกรรมการ

มาตรา 32 ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาเครื่องตี้มแอลกอฮอล์หรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของ เครื่องตี้มแอลกอฮอล์อันเป็นการอวดอ้างสรรพคุณหรือชักจูงใจให้ผู้อื่นตี้มโดยตรงหรือโดยอ้อมการ โฆษณาหรือประชาสัมพันธ์ใด ๆ โดยผู้ผลิตเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ทุกประเภทให้กระทำได้เฉพาะการให้ ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เชิงสร้างสรรค์สังคม โดยไม่มีการปรากฏภาพของสินค้าหรือบรรจุภัณฑ์ของ เครื่องตี้มแอลกอฮอล์นั้น เว้นแต่เป็นการปรากฏของภาพสัญลักษณ์ของเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ หรือ สัญลักษณ์ของบริษัทผู้ผลิตเครื่องตี้มแอลกอฮอล์นั้นเท่านั้น ทั้งนี้ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

โดยสรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 จะเห็น ได้ว่าการควบคุมผู้ผลิต ผู้จำหน่าย และผู้บริโภค มีความสำคัญที่จะช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้นจาก แอลกอฮอล์ โดยทุกภาคส่วนต้องให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตาม โดยการกำกับดูแลจากเจ้าหน้าที่ ภาครัฐในส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

พฤติกรรมการป้องกันการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์

ความหมายของพฤติกรรม

Lahey (2001 อ้างถึงใน บุรฉัตร จันทร์แดง, 2562) กล่าวว่า พฤติกรรมเป็นการประพฤติ ปฏิบัติของบุคคลที่สามารถสังเกตได้

Wade and Tavris (1999) กล่าวว่า พฤติกรรมคือการกระทำของคนเราที่สังเกตได้

Zimbardo and Gerrig (1999) กล่าวว่า พฤติกรรมเป็นการกระทำของบุคคลเพื่อปรับตัว ต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้

Allen and Santrock (1993 อ้างถึงใน ชนนิกันต์ ชูเสน, 2565) กล่าวว่า พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง ทุก ๆ สิ่งทีบุคคลทำซึ่งสามารถสังเกตได้โดยตรง หรืออาจอยู่ในรูปแบบของ กระบวนการทางจิตใจ เช่น ความคิด ความรู้สึก และแรงขับที่เป็น ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่ไม่ สามารถจะสังเกตได้โดยตรง

ซิฆณูพงศ์ โครตบัณฑิต (2556 อ้างถึงใน รัชนา พุฒรา, 2564) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง กริยาที่แสดงออกมาเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้า โดยแสดงออกมาให้ผู้อื่นเห็น เช่น การกระทำ การพูดคุย การยิ้ม การเดิน หรือจะไม่แสดงออกมาให้ผู้อื่นเห็นก็ได้ ซึ่งการที่จะแสดงพฤติกรรม ออกมานั้น จะต้องเลือกที่จะแสดงปฏิกิริยาออกมาให้เหมาะสมแต่ละสถานการณ์ โดยพฤติกรรม สามารถแบ่งออกได้เป็นพฤติกรรมภายใน และพฤติกรรมภายนอกโดยพฤติกรรมภายใน คือปฏิกิริยาที่

เกิดขึ้นภายในตัว เช่น ความคิด ความรู้สึก สวนพฤติกรรมภายนอก คือการกระทำที่แสดงออกมาให้เห็นโดยตรงด้วยการกระทำ การพูดจา อีกนัยหนึ่งการกระทำต่าง ๆ ของมนุษย์สามารถสังเกตได้จาก การกระทำที่ดีหรือไม่ดีสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นผลมาจากกระบวนการทางจิตวิทยา ได้แก่ การจำ การลืม การเรียนรู้ จิตสำนึก เป็นต้น อย่างไรก็ตามมนุษย์ทุกคนจะมีพฤติกรรมที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวและ เหตุจูงใจเป็นของตนเองตลอดเวลา อีกทั้งสามารถตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตัวของตัวเอง ซึ่งสิ่งที่แสดงออกมานั้นเรียกว่าพฤติกรรมของมนุษย์

รังสรรค์ ประเสริฐศรี (2556) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายรวมถึงการแสดงและกิริยา ทำทางของสิ่งมีชีวิต ระบบ หรืออัตลักษณ์ประติษฐ์ที่เกิดร่วมกันกับสิ่งแวดล้อมแหล่งเรียนรู้ เช่น โรงเรียน และสื่อต่าง ๆ เช่น อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ ซึ่งรวมระบบอื่นหรือสิ่งมีชีวิตโดยรวมเช่นเดียวกับ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ พฤติกรรมเป็นการตอบสนองของระบบหรือสิ่งมีชีวิตต่อสิ่งเร้าหรือการรับเข้า ทั้งหลายไม่ว่าจะเป็นภายในหรือภายนอก มีสติหรือไม่มีสติระลึก ชัดเจนหรือแอบแฝงและโดยตั้งใจ หรือไม่ได้ตั้งใจ

สรุป วัยรุ่นเป็นช่วงวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ (World Health Organization, 2020) โดยเฉพาะในระดับอุดมศึกษา ซึ่งวัยรุ่นส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงของการพัฒนาอัตลักษณ์ตนเอง (identity development) และมีแนวโน้มที่จะทดลอง พฤติกรรมใหม่ ๆ ที่อาจมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ความต้องการเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน การแสดงออกถึงความเป็นอิสระจากครอบครัว และการได้รับอิทธิพลจากสื่อหรือ สิ่งแวดล้อมรอบตัว ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นบางคนเริ่มทดลองดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Steinberg, 2014) การขาดทักษะในการปฏิเสธ การควบคุมตนเองต่ำ และการคิดวิเคราะห์ ผลกระทบในระยะยาวยังอยู่ในระดับที่พัฒนาไม่เต็มที่ ส่งผลให้พฤติกรรมการดื่มในวัยรุ่นมักเกิดจาก แรงกระตุ้นภายนอกมากกว่าการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างรอบคอบ (Santrock, 2018) ข้อมูลจากการศึกษาหลายฉบับชี้ให้เห็นว่า วัยรุ่นที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงชีวิตนักศึกษามักมี แนวโน้มดื่มต่อเนื่องในระยะยาว และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การขับชี่ ยานพาหนะขณะมึนเมา ความรุนแรงในความสัมพันธ์ หรือการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน (Johnston et al., 2021) จากแนวคิดของ Health Belief Model (HBM) การที่วัยรุ่นจะหลีกเลี่ยง หรือป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและ ความรุนแรงของผลกระทบจากการดื่ม การรับรู้ถึงประโยชน์ของการไม่ดื่ม การรับรู้อุปสรรคในการ หลีกเลี่ยงการดื่ม และแรงสนับสนุนทางสังคม (Rosenstock et al., 1988) หากวัยรุ่นมีการรับรู้ที่ เหมาะสมในองค์ประกอบเหล่านี้ จะสามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการดื่มได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

พฤติกรรมกำรป้องกันกำรตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์

กำรตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ในกำรณิสิต นักศีกษา เป็นพยำธิกำเนิตของควมเสี่ยงต่อระบบอวัยวะต่ง ๆ ของร่ำงกำย อำทิ สมองและระบบประส่ำท ระบบทงเดินอำหำรและตี๋บ ระบบหัวใจและหลอดเลือด กรมควบคุมโรค (2564) จัดทำคู่มือกำรดำเนินงำนบริกำรป้องกันและบำบตรักษำผู้มีปัญหำกำรตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ส่ำหรับโรงพยำบำลส่งเสริมสุขภำพต่ำบล (รพ.สต.) ให้อเป็นแนวทงในกำรดำเนินงำนส่งเสริมป้องกันและบำบตรักษำผู้มีปัญหำจำกกำรตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ โดยเน้นให้ประชำชนเห็นถึงควมสำคัญโทษ พิษภัยของแอลกอฮอล์ กลไกกำรออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ต่ออวัยวะต่ง ๆ ในร่ำงกำย รวมถึงผลกระทบจำกกำรตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ต่อตนเองและบุคคละอื่น โดยเน้นให้ประชำชนเกิดกำรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำรตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ โดยมุ่งเน้นที่ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกำรตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ และประเมินกำรเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลด และเลิกกำรตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมกำรป้องกันกำรตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์เป็นแนวทงป้องกันโรค อุบัติเหตุ หรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค่อื่น ๆ ที่เกิดจำกกำรตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์

สังคมของนิสิตปริญญาตรีในมหำวิทยำลัย เป็นสังคมวัยรุ่นที่อยู่รวมตัวกัน มีค่านิยมที่รักสนุก ชอบสังสรรค์ นิยมบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์เพื่อเข้ำสังคม ปัจจัยภำยใน เช่น ควมรู้ ทัศนคติ ควมเชื่อ และปัจจัยภำยนอก เช่น ค่านิยมของกำรุ่มเพื่อน กำรเลียนแบบดำนรำที่ชื่นชอบ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมกำรตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ของนิสิตมหำวิทยำลัย

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541 อ้างถึงใน วรียำ บุญทอง, 2564) กล่าวว่า พฤติกรรมกำรป้องกัน (Preventive behavior) เป็นพฤติกรรมกำรปฏิบัติของบุคคละซึ่งมีควมเชื่อว่ำตนเองจะมีสุขภำพที่ดี โดยมีพฤติกรรมในกำรป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วย ซึ่งเป็น พฤติกรรมที่กระทำในขณะที่ยังไม่เกิดขึ้นเพื่อคงควมมีสุขภำพที่ดี

Harris and Guten (1979 อ้างถึงใน เครือวัลย์ ตำปรำบ, 2550) กล่าวว่า ควมหมำยของพฤติกรรมกำรป้องกัน (Protective Behavior) หมำยถึง กำรกระทำของบุคคละที่ทำเป็นปกคิตอย่างสม่ำเสมอ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ปกป้อง ส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งภำวะสุขภำพที่ดี

ปรียำภรณ์ ประยงค์กุล (2563) กล่าวว่า กำรควบคุมตนเองช่วยให้อวัยรุ่น สำนภรถบั้งค้ำบใจตนเองไม่ให้เกิดควมต้องกำรบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ กำรที่วัยรุ่นสำมรถควบคุมตนเองได้ จะเป็นเกรำะป้องกันกำรเลียนแบบพฤติกรรมกำรบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ได้ นอกจำกนั้นกำรฝึกทักษะกำรปฏิเสธให้กับวัยรุ่นเมื่อถูกชักชวนให้บริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ก็เป็นสิ่งสำคัญ ทักษะปฏิเสธที่ใช้แล้วได้ผลสำหรับวัยรุ่นที่ไม่เคยบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ และกำรุ่มวัยรุ่นที่เคยบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์และเลิกตี๋มแล้ว ได้แก่ กำรปฏิเสธแบบผัดผ่อน เช่น “เอำไว้โอกำสหน้ำ” “ขอบคุณมำกนะ แต่วันนี้ไม่สะดวก” เป็นต้น และกำรปฏิเสธโดยกำรให้เหตุผล เช่น “ไม่ตี๋ม เพราะ

ต้องรีบกลับบ้าน” และเมื่อปฏิเสธแล้วควรกระทำจริงตามคำปฏิเสธ ซึ่งเมื่อปฏิเสธเป็นประจำ เพื่อน ๆ ก็จะไม่กล้าชวนอีก นอกจากนี้การป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น จะต้องให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อม กฎระเบียบของ โรงเรียน สังคม วัฒนธรรม ประเพณี การเข้าถึงแหล่งของ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุคคลที่มีความสำคัญต่อความคิดของวัยรุ่น ได้แก่ พ่อแม่ ผู้ปกครอง เพื่อน ญาติ อาจารย์ บุคคลที่มีความใกล้ชิด ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ วัยรุ่นด้วย

ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรที่จะเริ่มที่การป้องกัน เบื้องต้นก่อนที่จะเกิดปัญหาขึ้น โดยกำหนดแนวทางในการป้องกันปัญหาจากสุราในแต่ละระดับ ดังนี้

- ทางเลือกของบุคคล

1. หลีกเลี่ยงการดื่มด้วยสาเหตุเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล หรือการซึมเศร้า
2. หากิจกรรมส่งเสริมความสุขที่มีผลดีต่อสุขภาพกาย และสุขภาพใจ
3. เล่นกีฬา ซึ่งช่วยให้ร่างกายมีการหลั่งของสาร Endorphin ที่ทำให้บุคคล สดชื่น

และมีความสุขได้

4. ถ้าไม่เป็นผู้ดื่ม ก็ไม่ควรพยายามลองดื่ม
5. ถ้ามีผู้ชวนให้ดื่ม ก็ปฏิเสธอย่างนุ่มนวล หลายครั้งเขาก็เลิกชวนไปเอง
6. ลดการเข้าถึงแหล่งสุราหรือร้านเหล้า
7. ทำงานอดิเรก เช่นปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ

- ทางเลือกของครอบครัว

1. สร้างบรรยากาศของครอบครัวให้มีความสุขเพื่อป้องกันปัญหาสมาชิกของครอบครัว มีความซบเซา ซึ่งสาเหตุสำคัญในการนำไปสู่การแก้ปัญหาของสมาชิกนั้นด้วยการดื่มสุรา
2. หากิจกรรมที่ดีมีประโยชน์ โดยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีส่วนร่วม
3. ส่งเสริมให้สมาชิกของครอบครัวมีสังคมที่ดี มีเพื่อนที่ดีไม่เป็นนักดื่ม
4. ไม่เพิ่มทุกข์ ให้กับสมาชิกครอบครัวที่มีปัญหาจากการดื่มสุราไม่ว่าด้วยประการใด ๆ

ค่อย ๆ วิเคราะห์ปัญหาที่สาเหตุและช่วยสมาชิกนั้นแก้ปัญหาด้วยความใจเย็น

5. จัดให้มีเครื่องดื่ม ที่ส่งเสริมสุขภาพกายไว้ในครัวเรือน ได้แก่ น้ำผลไม้ นม
6. ช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาจากสุราในครอบครัวให้มีทางออก เช่นช่วยเป็นกำลังใจใน

การเลิกสุรา และหรือการช่วยเหลือทางการแพทย์ในกรณีที่ต้องการการบำบัดและอื่น ๆ

แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดที่นำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่ออธิบาย และทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แนวคิดของทฤษฎี นี้คือ บุคคลตัดสินใจกระทำพฤติกรรมเมื่อรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) รับรู้ว่าโรคที่เกิดนั้นมีความรุนแรงคุกคามชีวิต มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (Perceived severity) และก่อนลงมือปฏิบัติจะมีการชั่งน้ำหนัก เปรียบเทียบ ผลประโยชน์ (Perceived benefit) ที่จะได้รับจากการกระทำกับการรับรู้อุปสรรค (Perceived barrier) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติ (Cue to action) และปัจจัยภายนอก (Modifying factor) เข้ามาเกี่ยวข้องกับการรับรู้ดังกล่าวรวมทั้งปัจจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจ (Becker, 1974; Rosenstock, 1974) Rosenstock เป็นผู้ริเริ่มแบบแผนตามความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันของบุคคล (Rosenstock, 1974) ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่เชื่อว่า การรับรู้ของบุคคล เป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำ หรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีออกห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา (Lewin, 1951) การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในครั้งแรก โดย Hochbaum และคณะนั้น (Hochbaum, Rosenstock, & Kegels, 1952) ได้เริ่มจากแนวคิดตาม แนวทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า "โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ของบุคคลนั้น ๆ " คือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ยกเว้น แต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตาม สิ่งที่เขาเชื่อถึงแม้ว่าสิ่งนั้น จะไม่ถูกต้อง ตามที่อยู่ในชีวิตประจำวันก็ตาม (Lewin, 1951) Rosenstock ได้อธิบายว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

- 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตของบุคคลนั้นพอสมควร
- 3) การปฏิบัติดังกล่าว เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยง หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่ายความสะดวก ความอาย ความเจ็บป่วย (Rosenstock, 1974) ในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และ Maiman (1974) ที่ปรับปรุงรูปแบบ โดยรวมเอาองค์ประกอบเกี่ยวกับ สิ่งชักนำ ทั้งภายใน (สภาวะของร่างกาย อาการของการเจ็บป่วย) และภายนอก (การเตือน สัญญาณเตือนต่าง ๆ) สิ่งชักนำนี้จะรวมถึง สื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้รับจากบุคคลอื่น อาการของการเจ็บป่วย การกระตุ้นเตือนจากแพทย์, เจ้าหน้าที่ เช่น การส่งไปรษณียบัตร, การโทรศัพท์, การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว, บทความใน

หนังสือพิมพ์เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ นี้จะเป็นผลมาจาก “การรับรู้ ของผู้ป่วย” (Maiman & Becker, 1974) ต่อมา Becker และ Janz (1985) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในรูปของการรับรู้และความเชื่อโดยเพิ่มปัจจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Becker & Janz, 1985) เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ความต่อเนื่องของแพทย์ ในการตรวจรักษา การกระตุ้นให้ปฏิบัติตนโดยเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ บุคลิกภาพ ระดับการศึกษาอาชีพ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายแบบแผนพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) ในเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น (Becker, 1974) รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และ Maiman ได้สรุปความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ทั้ง 5 ซึ่งได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงผลดีจากการปฏิบัติแรงจูงใจที่จะปฏิบัติและปัจจัยร่วมนั้น ๆ และได้เสนอวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการที่บุคลากรทางการแพทย์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับคลินิกต่าง ๆ (Becker, 1974; Rosenstock, 1974 อ้างถึงใน บุญชูธรรม ธีรยธิธินากุล, 2565)

วิจัยนี้ได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาเป็นแนวทางในการวิจัย โดยทฤษฎีนี้เป็นแบบแผนที่ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1950 ได้แก่ Hochbum, Kegel, Leventhal, and Rosenstock ซึ่งถูกพัฒนาขึ้น เนื่องจากการจัดระบบบริการสุขภาพประสบปัญหา ทำไมประชาชนไม่มีวิธีการป้องกันโรคใด ๆ ทั้งที่การบริการไม่ได้คิดค่าบริการ หรือเสียบ้างเล็กน้อย เนื่องจากนโยบายสาธารณสุขในระยะนั้นเน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา (ค.ศ. 1950-1960) จากปัญหาดังกล่าวนั้น นักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกาจึงได้เสนอแบบแผนความคิดความเชื่อด้านสุขภาพเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน ต่อมาจึงนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของประชาชนที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค (Becker & Maiman, 1975) ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้อธิบายถึงความเชื่อของบุคคลร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมความเชื่อเกิดขึ้นจากภูมิหลัง ประสบการณ์ และพื้นฐานความรู้ของ แต่ละบุคคล ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งในเรื่องการรับรู้สิ่งที่คุกคาม การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งการรับรู้จะนำไปสู่ การแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลต่อสิ่งนั้น ๆ ที่เกิดขึ้น (Carico, Sheppard, & Thomas, 2020) ดังนั้น โครงสร้างของความเชื่อของบุคคลตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อสุขภาพ ของ Marshall H. Becker สำหรับอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจึงใช้การรับรู้ทางสุขภาพ ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ สามารถแบ่งได้เป็น 6 องค์ประกอบ ดังนี้

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Becker & Maiman 1975 Janz & Becker 1984, อ้างถึงในทศพล ดวงแก้ว และพัชรินทร์ สิริสุนทร, 2560) จะเป็นตัวผลักดันให้เกิดการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคและเกิดการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ (เกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วิชชา, 2560)

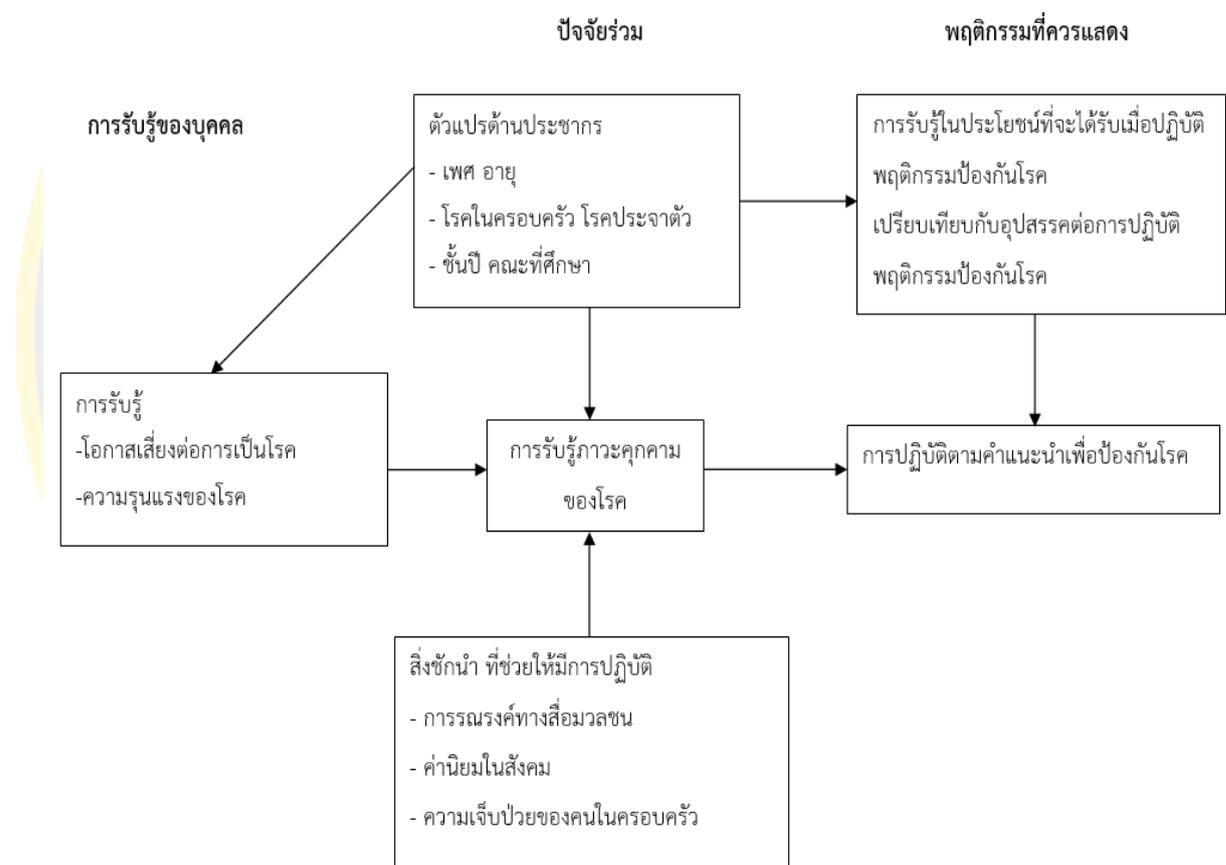
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) เป็นการรับรู้ การเข้าใจในความเป็นไปได้ในการเกิดโรคของบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกัน เมื่อบุคคลได้รับรู้ว่าตนมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค บุคคลนั้นจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อพยายามหลีกเลี่ยงการเกิดโรคขึ้น (Jhonii Price Louis, 2016 อ้างถึงใน ปิยอร วจนะทินภัทร และคณะ, 2565)
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค บุคคลจะประเมินว่าความรุนแรงอยู่ในระดับใด ยิ่งบุคคลได้รับรู้ถึงระดับความรุนแรงของโรค โอกาสที่บุคคลนั้นจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือลดระดับความรุนแรงของโรค ก็จะมีมากยิ่งขึ้น (Jhonii Price Louis, 2016 อ้างถึงใน ปิยอร วจนะทินภัทร และคณะ, 2565)
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits) เป็นการประเมินคุณค่าหรือประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เมื่อบุคคลได้รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุด การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคจะเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้น และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมากขึ้น (Jhonii Price Louis, 2016 อ้างถึงใน ปิยอร วจนะทินภัทร และคณะ, 2565)
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived barriers) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าต่อพฤติกรรมทางลบที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมอนามัย บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ (Jhonii Price Louis, 2016 อ้างถึงใน ปิยอร วจนะทินภัทร และคณะ, 2565)
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) หมายถึง ความรู้ อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลโดยมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งจากภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว

เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นแรงผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ (Jhonii Price Louis, 2016 อ้างถึงใน ปิยอร วจนะทินภัทร และคณะ, 2565)

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหรือปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ ความรู้ เศรษฐกิจและสังคม สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ได้แก่ สิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งแบบแผนเหล่านี้พิจารณาจากสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) เช่น อาการของปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย อ่อนเพลีย และสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) เช่น การรณรงค์หรือการให้ข่าวสาร โฆษณา ผ่านทางสื่อต่าง ๆ การเรียนรู้ที่ได้รับจากพ่อแม่ เพื่อน หรือผู้อื่นที่ให้คำแนะนำ เป็นต้น ดังนั้น ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม เพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลในการกระทำที่แสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพที่เป็นสิ่งชักจูง และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ โดยความเชื่อของบุคคลเกิดจากพื้นฐานภูมิหลังประสบการณ์ และความรู้ ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นนำไปสู่การปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมต่อสิ่งนั้น ๆ เพราะฉะนั้นการรับรู้ของบุคคลจึงเป็นสิ่งนำไปสู่การกระทำ จึงนำมาใช้เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่จะสามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่ออธิบายความเชื่อทางสุขภาพที่เกิดจากการรับรู้ทางสุขภาพร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพของการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็จะทำให้บุคคลนั้นไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ นอกจากนี้บางคนอาจมีการรับรู้เรื่องอุปสรรคในการปฏิบัติทำให้ไม่เกิดพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามมา เช่น รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนของนิสิต การเข้าถึงแหล่งจำหน่าย ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ปัจจัยอื่น ๆ ของความเชื่อด้านสุขภาพอาจมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคล เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพกับครอบครัว อาจมีผลทำให้แต่ละบุคคลมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน

สำหรับการวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้ที่นำไปสู่พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคล โดยความเชื่อด้านสุขภาพสามารถอธิบายได้จาก 4 ด้านของการรับรู้ ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์

2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ 3) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ 4) การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ มาเป็นแนวทางในการกำหนดตัวแปรอิสระหรือตัวแปรต้น ได้แก่ ทศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเชื่อมั่นในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนทางสังคม สำหรับการวิจัยครั้งนี้ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตในมหาวิทยาลัย



ภาพที่ 2 การทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
(Rosenstock, 1974)

2. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

Nasurdin (2020) ได้อธิบายความหมายของแรงสนับสนุน ทางสังคมไว้อย่างน่าสนใจว่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน หรือวัตถุประสงค์ของต่าง ๆ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคมนั้นคือสมาชิก ในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนเกิดความรู้สึก ผูกพัน เชื่อว่ามีคนรัก มองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสามารถเผชิญและ ตอบสนองต่อความเครียดและความเจ็บป่วยได้ส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมการรักษา สุขภาพอนามัยและมีสุขภาพที่ดี

Chengting (2018) ได้อธิบายความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม ไว้อย่างน่าสนใจว่า หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอาจเป็นทาง ข่าวสารเงิน กำลังงาน หรือ ทางอารมณ์ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

Huang (2019) ได้อธิบายความหมายของแรงสนับสนุนทาง สังคมไว้อย่างน่าสนใจว่า หมายถึงการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของการได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มบุคคลในระบบของสังคมนั้นเองเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่าง เหมาะสม

Sabil (2018) ได้อธิบายความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม ไว้อย่างน่าสนใจว่าหมายถึง การสนับสนุนที่เข้าถึงบุคคลผ่านทางพันธะทางสังคมสู่บุคคลอื่น กลุ่ม หรือชุมชนที่ใหญ่ขึ้น

Sharma (2016) ได้อธิบายความหมายของแรงสนับสนุน ทางสังคมไว้อย่างน่าสนใจว่า หมายถึงการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ กับแหล่งเอื้ออำนวยทางสังคมของตน เช่น ครอบครัว เพื่อน ครูอาจารย์หรือหน่วยงาน ทางสังคมอื่น ๆ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง และสามารถ ตัดสินคุณค่าในเชิงปริมาณของการมีปฏิสัมพันธ์ความช่วยเหลือการดูแลเอาใจใส่ความรักเคารพให้ เกียรติรวมถึงข่าวสารข้อมูลทั้งหมดที่บุคคลได้รับเหล่านั้นได้

Jeon (2017) ได้อธิบายความหมายของแรงสนับสนุน ทางสังคมไว้อย่างน่าสนใจว่า หมายถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมทั้งทางบวกและทางลบจากเพื่อน และจากครอบครัวเป็น แหล่งสำคัญหลักของการส่งผลจากการสนับสนุนด้านบวกหรือด้านลบนั้น

House (1988) ได้อธิบายความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 4 ประเภท คือ

1. Emotional support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความหวังใย

2. Appraisal support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3. Information support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ

4. Instrumental support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

จากความหมายต่าง ๆ ข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม การได้รับการยอมรับ ช่วยเหลือ จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ครอบครัว เพื่อน ครูอาจารย์หรือหน่วยงาน เพื่อเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ อันจะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

จากกรอบแนวคิดของงานวิจัย “ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา” พบว่า พฤติกรรมการตี๋มหรือป้องกันการตี๋มของนิสิตไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพียงการรับรู้เรื่องความรุนแรงหรือประโยชน์ของการป้องกันเท่านั้น แต่ยังขึ้นกับอุปสรรคและ แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับกลุ่มนิสิต นักศึกษา ในภาพรวมที่แม้จะรับรู้ถึงโทษของการตี๋ม แต่กลับตกอยู่ภายใต้แรงจูงใจทางสังคมที่ทรงพลัง ดังนั้นการศึกษาวงการตี๋มการป้องกันของนิสิตในบริบทของมหาวิทยาลัยบูรพาจึงมีความสำคัญ เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) และปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อการตัดสินใจตี๋ม โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะอย่างมหาวิทยาลัยบูรพา ที่เป็นเมืองชายทะเล แหล่งท่องเที่ยว หรือพื้นที่ที่มีกิจกรรมสังสรรค์มาก อาจยิ่งส่งเสริมโอกาสการตี๋มและขัดขวางพฤติกรรมป้องกันได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาทั้งงานวิจัยในประเทศ และต่างประเทศ ดังนี้

งานวิจัยในประเทศไทย

ดร.ฉวีวรรณ สมใจ (2559) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มที่มีแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย : กรณีศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตี๋มเครื่องตี๋มที่มีแอลกอฮอล์เรียงจากมากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ของนักศึกษาในการป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ลักษณะที่อยู่อาศัย เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับเครื่องตีแอลกอฮอล์ และ แรงสนับสนุนจากเพื่อน ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้นักศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันการตีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ที่ดี ตัวแปรอิสระดังกล่าวสามารถอธิบายพฤติกรรมการป้องกันการตีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ได้ ร้อยละ 43.4 และผู้วิจัยยังพบความสัมพันธ์ระดับน้อย ระหว่างแรงสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยกับพฤติกรรมการป้องกันการตีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์อีกด้วย นอกจากนี้พฤติกรรมการป้องกันการตีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนของนักศึกษา นั่นคือ นักศึกษาที่มีพฤติกรรมการป้องกันการตีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ในระดับดี จะมีผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนอยู่ในระดับที่ดีขึ้นไปถึงร้อยละ 76.3 และยังพบว่าพฤติกรรมการป้องกันการตีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ยังมีผลกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษา นั่นคือ นักศึกษาที่มีพฤติกรรมการป้องกันการตีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ที่ดีจะทำให้มีคุณภาพชีวิตดีตามไปด้วย

พินดา ใจแก้วทิ (2562) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา จำนวน 382 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องเครื่องตีแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านส่วนบุคคล ด้านครอบครัว ด้านสังคม ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ความเข้าใจเรื่องการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 41.6 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ด้านส่วนบุคคล โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.18) พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ด้านครอบครัว โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.06) พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ด้านสังคม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.22$, S.D. = 0.08)

จุฑามาศ อินทพันธุ์ (2563) ศึกษาผลการจัดโปรแกรมป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองที่มีต่อการหลีกเลี่ยงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดโปรแกรมป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองที่มีต่อการหลีกเลี่ยงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง นักเรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถของตนเองในการป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้

เรื่องเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศราวุธ โภชนสมบัติ (2564) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดพิจิตร จำนวน 407 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่าทัศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 18.85$, SD. = 3.513) การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 21.07$, SD. = 3.935) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 22.45$, SD. = 3.439) การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 8.74$, SD. = 2.965) ความเชื่อมั่นในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 21.43$, SD. = 4.074) แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 48.33$, SD. = 9.289) พฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 31.49$, SD. = 6.298) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดพิจิตร มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ความเชื่อมั่นในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ (P-value < 0.001, $\beta = 0.330$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (P-value < 0.001, $\beta = 0.240$) และแรงสนับสนุนทางสังคม 0.001, $\beta = 0.189$) ความเชื่อมั่นในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ (P-value < 0.001, $\beta = 0.330$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (P-value < 0.001, $\beta = 0.240$) และแรงสนับสนุนทางสังคม (P-value < 0.001, $\beta = 0.189$) โดยสามารถร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดพิจิตรได้ร้อยละ 44.5 ($R^2 = 0.445$, Adjusted $R^2 = 0.441$)

วิทวัส สุดเพราะ (2566) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาในเขตอำเภอหนองน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ 30 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งประกอบด้วย การชมคลิปวิดีโอ คู่มือการป้องกันแอลกอฮอล์ จัดบอร์ดให้ความรู้เรื่องแอลกอฮอล์ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัยให้ความรู้ กระตุ้นเตือนโดยเพื่อน ครู และผู้ปกครอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับสุขศึกษาตามปกติในโรงเรียนเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนและค่าเฉลี่ยความแตกต่าง ของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ทัศนคติต่อการรับรู้ประโยชน์ในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$)

งานวิจัยต่างประเทศ

Lemoine (2020) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ในระดับวิทยาลัยและผลลัพธ์ที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์: ผลกระทบจากการเป็นสื่อกลางของกลยุทธ์การป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ (Protective Behavioral Strategies: PBS) โดยกลยุทธ์การป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การลดความเสี่ยง (PBS-SHR) วิธีการดื่ม (PBS-MOD) การหยุด/จำกัดการดื่ม (PBS-SLD) ที่มีต่อความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ในระดับวิทยาลัยและผลลัพธ์ที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การดื่มที่เป็นอันตรายและผลกระทบด้านลบที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 625 คน ผลการวิจัยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ในวิทยาลัยที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการดื่มที่เป็นอันตรายมากขึ้น นอกจากนี้ PBS-MOD ยังเป็นตัวกลางที่มีบทบาทในความสัมพันธ์เชิงบวกของความเชื่อเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ในวิทยาลัยที่มีต่อการดื่มที่เป็นอันตราย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความเชื่อเรื่องแอลกอฮอล์ในวิทยาลัยที่สูงขึ้นทำให้การใช้ PBS-MOD น้อยลง ซึ่งส่งผลให้การดื่มที่เป็นอันตรายมากขึ้น

Dorji (2020) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มสุราในรูปแบบต่าง ๆ ของนักศึกษาในประเทศภูฏาน การศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 432 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม พบว่าความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 51.6% และการดื่มหนัก 19.4% นักศึกษาที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มที่จะดื่มสุรามากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ($AOR = 3.03$, $95\% \text{ CI} = 1.72\text{--}5.31$) นักศึกษาที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะดื่มสุรามากกว่านักศึกษาที่ไม่สูบบุหรี่ ($AOR = 2.28$, $95\% \text{ CI} = 1.35\text{--}3.87$) นักศึกษาที่ผู้ปกครองดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะดื่มสุรามากกว่านักศึกษาที่ผู้ปกครองไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ($AOR = 1.75$, $95\% \text{ CI} = 1.02\text{--}3.01$) และนักศึกษาที่เพื่อนสนิทดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ที่มีเพื่อนสนิทที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ($AOR = 2.26$, $95\% \text{ CI} = 1.05\text{--}4.87$)

Richards (2021) แรงจูงใจในการดื่มหรือเหตุผลที่ผู้คนเลือกที่จะดื่มเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ได้รับการยอมรับสำหรับการใช้แอลกอฮอล์และผลเสียที่เกี่ยวข้อง การวิจัยล่าสุดแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ในแนวทางทฤษฎีการกำหนดตนเองสำหรับการอธิบายแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมที่ลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอลกอฮอล์ (เช่น ดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ) ในการศึกษานี้ได้ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดื่มและแรงจูงใจในการดื่มอย่างมีความรับผิดชอบ

(กลยุทธ์พฤติกรรมกรรมการป้องกัน การบริโภค และผลกระทบเชิงลบ) ในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 507 คน พบว่าแรงจูงใจในการดื่มเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ และแรงจูงใจอิสระในการดื่มอย่างมีความรับผิดชอบเป็นปัจจัยป้องกันสำหรับผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะกลยุทธ์พฤติกรรมป้องกัน โครงสร้างแรงจูงใจทั้งสองแบบทำนายผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ได้มากกว่าแบบอื่น ผลการวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการผสมผสานแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องกับการดื่มและการดื่มอย่างมีความรับผิดชอบเข้าด้วยกันอาจนำไปสู่ความเข้าใจพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์และผลที่ตามมาเชิงลบที่เกี่ยวข้องในหมู่นักศึกษาในมหาวิทยาลัยได้ดีขึ้น

De Leon (2023) ศึกษาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในบริบทของกลยุทธ์การป้องกันพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งแนวโน้มที่บุคคลจะใช้กลยุทธ์พฤติกรรมป้องกันและพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ขึ้นอยู่กับการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินพฤติกรรมเหล่านั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาวิทยาลัยจำนวน 694 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประสิทธิผลของกลยุทธ์พฤติกรรมกรรมการป้องกันมีแนวโน้มที่สูงขึ้น เช่น ลักษณะการดื่ม การหยุด/จำกัดการดื่ม และการลดอันตรายร้ายแรง ซึ่งในทางกลับกันก็เกี่ยวข้องกับการลดลงของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับประสิทธิผลของกลยุทธ์พฤติกรรมกรรมการป้องกันอาจนำไปสู่การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ลดน้อยลงเช่นกัน

Faria (2023) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและแรงจูงใจในการควบคุมการดื่มในหมู่นักศึกษาวิทยาลัยในบราซิล : การศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 23 คน อายุระหว่าง 18 ถึง 24 ปี ซึ่งมีรูปแบบการใช้แอลกอฮอล์ที่หลากหลาย (การดื่มแบบเสี่ยงต่ำและการดื่มแบบติด) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเน้นประเด็นหลัก 3 ประเด็น ได้แก่ 1) บริบทและรูปแบบการบริโภค เช่น บาร์ตีเปิดบาร์ การพบปะสังสรรค์กับเพื่อน 2) กลยุทธ์การป้องกัน เช่น ช่วงเวลาในการหยุดดื่ม การรับประทานอาหารก่อนหรือระหว่างดื่ม การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณต่ำ การดื่มร่วมกับเพื่อนที่คุ้นเคย 3) แรงจูงใจในการควบคุมการบริโภค เช่น การเงิน การรับรู้ถึงผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อร่างกาย ซึ่งกลยุทธ์ในการป้องกันและแรงจูงใจในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์มีนัยสำคัญน้อยกว่าบริบทและรูปแบบการดื่ม ซึ่งแรงจูงใจและกลยุทธ์การป้องกันแตกต่างกันไปตามลักษณะนิสัยของผู้ดื่ม สถานการณ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

Dávid Liška (2024) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับคุณภาพชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยในสโลวาเกีย โดยใช้ข้อมูลจากการเก็บแบบสอบถามในกลุ่มนักศึกษาจำนวน 2,573 คน อายุเฉลี่ย 22.3 ปี พบว่านักศึกษาร้อยละ 67.1

เคยดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 23.3 มีพฤติกรรมการดื่มในระดับที่มีความเสี่ยงต่ำ ขณะที่ร้อยละ 2.4 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง และร้อยละ 2.2 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงหรือมีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์แล้ว ด้านผลกระทบ มีรายงานภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลร้อยละ 31.1 และร้อยละ 13.5 มีปัญหาด้านการใช้ชีวิตประจำวัน การวิเคราะห์สถิติพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มตามแบบสอบถาม AUDIT มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตตามแบบสอบถาม EuroQOL-5D ($p < 0.001$) หมายความว่า ยิ่งดื่มมาก ยิ่งมีคุณภาพชีวิตลดลง ผลการศึกษานี้ชี้ว่า พฤติกรรมการบริโภค แอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตในภาพรวมของนักศึกษา มหาวิทยาลัยควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม และออกแบบ กิจกรรมที่ลดแรงจูงใจในการดื่ม เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีในระยะยาวของเยาวชนกลุ่มนี้

Sifferlin (2024) สํารวจนักศึกษาจำนวน 116 คน อายุระหว่าง 17–24 ปี พบว่า 88% ทราบว่าแอลกอฮอล์เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็ง นักศึกษาที่ตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง เช่น มะเร็งเต้านม มีแนวโน้มดื่มสุราน้อยลง และกลุ่มที่ประเมินความเสี่ยงว่าสูงมักลดพฤติกรรมดื่มสุรา อย่างหนัก ข้อมูลจาก CDC ยังระบุว่าแอลกอฮอล์มีส่วนเกี่ยวข้อง 3.5% ของการเสียชีวิตด้วย โรคมะเร็งในสหรัฐฯ แนวทางการจัดการที่วิทยาลัยหลายแห่งนำมาใช้ในปัจจุบันจึงเน้นการลดอันตราย เช่น การป้องกันการขับรถขณะเมา อาชญากรรม และความรุนแรงทางเพศ แทนการใช้มาตรการ บังคับเข้มงวดซึ่งมักไม่ได้ผล ดังนั้น การสื่อสารความเสี่ยงเรื่องมะเร็งจึงเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือสำคัญในการ เปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มในกลุ่มเยาวชนระดับอุดมศึกษา.

Urrutia-Reyes (2024) การใช้แอลกอฮอล์ในหมู่นักศึกษามหาวิทยาลัยถือเป็นความ ทำหายด้านสุขภาพระดับโลก บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของโปรแกรม การป้องกันการใช้อัลกอฮอล์ในบริบทของมหาวิทยาลัยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา จากบทความที่นำมา วิเคราะห์พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ ได้แก่ ความเป็นอิสระที่นักศึกษาได้รับ เมื่อเข้าสู่รั้วมหาวิทยาลัย และแรงกดดันทางสังคมจากเพื่อน เทคโนโลยีดิจิทัลซึ่งมีความยืดหยุ่นสูงจึง กลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินการแทรกแซงเพื่อป้องกันปัญหาเหล่านี้ การพัฒนาแนวทาง ใหม่ ๆ ที่ใช้เทคโนโลยี ควบคู่กับการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นของนักศึกษา ผ่านวิธีการเชิงคุณภาพ และอิงทฤษฎีทางการศึกษามีความสำคัญอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของนิสิต พบว่า การรับรู้ รายได้ ลักษณะที่อยู่อาศัย และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลให้นิสิตมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้ตามแบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของ ตนเอง จึงใช้เป็นตัวแปรต้นในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของนิสิตได้

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษา ณ จุดเวลา (Cross sectional study) เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร นิสิตปริญญาตรี ภาคปกติ มหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาเขตบางแสน จำนวน 21,598 คน ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 (ลงทะเบียนและประมวลผลการศึกษา, 31 กรกฎาคม 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการของ Krejcie and Morgan (1970) ใช้ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5

สูตรของเครซีและมอร์แกน

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

เมื่อแทนค่าตัวแปรในสมการ โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวน 21,598 คน ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ

$$\begin{aligned} n &= \frac{3.841 \times 21,598 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (21,598 - 1) + 3.841 \times 0.5 \times 0.5} \\ &= 377.42 \approx 378 \text{ คน} \end{aligned}$$

การสุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน

ลำดับ	คณะ	จำนวนนิสิต (คน)	คิดเป็น ร้อยละ	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (คน)
1	คณะพยาบาลศาสตร์	789	3.65	14
2	คณะแพทยศาสตร์	332	1.53	6
3	คณะเภสัชศาสตร์	901	4.17	16
4	คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา	761	3.52	12
5	คณะสหเวชศาสตร์	1,502	6.95	26
6	คณะสาธารณสุขศาสตร์	723	3.34	13
7	คณะดนตรีและการแสดง	719	3.32	12
8	คณะบริหารธุรกิจ	27	0.12	1
9	คณะภูมิสารสนเทศศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และ	317	1.46	6
10	สังคมศาสตร์	3,655	16.92	64
11	คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์	1,297	6.00	23
12	คณะโลจิสติกส์	1,449	6.70	26
13	คณะวิทยาการสารสนเทศ	1,460	6.75	26
14	คณะวิทยาศาสตร์	2,584	11.96	45
15	คณะวิศวกรรมศาสตร์	2,343	10.84	40
16	คณะศิลปกรรมศาสตร์	660	3.05	12
17	คณะศึกษาศาสตร์	1,481	6.85	26
18	วิทยาลัยนานาชาติ	598	2.76	10
	รวม	21,598	100	378

เกณฑ์คัดเข้า

1. นิสิตปริญญาตรีภาคปกติ ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 6 มหาวิทยาลัยบูรพา
2. อายุ 18 ถึง 25 ปี
3. ยินดีเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์คัดออก คือ ตอบแบบสอบถามไม่ครบขณะเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสร้างจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) เป็นแนวทางสร้างแบบสอบถาม แบบสอบถาม มี 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่ศึกษา กลุ่มสาขาวิชา รายได้ต่อเดือน ที่พัก ประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ แบบคำถามปลายปิด แบบคำถามมีรายการให้เลือก และแบบเติมคำในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สร้างตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ประกอบด้วย 5 ส่วน

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์
3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์
4. การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์
5. แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale)

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจ หรือความเชื่อตรงกับข้อความมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจ หรือความเชื่อตรงกับข้อความ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความมากที่สุด

การให้คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	4 คะแนน
เห็นด้วย	ให้	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ลักษณะ

แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) มีข้อความจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเกณฑ์ในการกำหนดค่าน้ำหนักของการประเมินเป็น 4 ระดับตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert's Rating Scale) ดังนี้

ระดับพฤติกรรม	ค่าน้ำหนักคะแนน
มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองมากที่สุด	กำหนดให้มีค่าเท่ากับ 4 คะแนน
มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองมาก	กำหนดให้มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน
มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองปานกลาง	กำหนดให้มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน
มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองน้อย	กำหนดให้มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน

การพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาแก้ไขข้อความ แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ให้คะแนนข้อความแต่ละข้อ เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อความกับวัตถุประสงค์ (IOC, item-objective congruence index) ข้อความทุกข้อที่ใช้เป็นเครื่องมือผ่านเกณฑ์ $IOC \geq 0.5$ โดยแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ มีค่า IOC แต่ละส่วนเป็น 0.78 0.98 และ 1 ตามลำดับ

ทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยบูรพา 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแต่ละส่วนของแบบสอบถามได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการตีแอลกอฮอล์ (5 ข้อ) ได้ 0.721

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการตีแอลกอฮอล์ (8 ข้อ) ได้ 0.740

การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการตีแอลกอฮอล์ (8 ข้อ) ได้ 0.785

การรับการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ (8 ข้อ) ได้ 0.740
 การวัดแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ (8 ข้อ) ได้
 0.817 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.768

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่ 13 ธันวาคม 2567 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย
 บูรพา ได้พิจารณาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่ม
 แอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย : G-HS135/2567 เป็นไปตาม
 หลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จึงลงนามใน
 เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บที่อาคารเรียนแต่ละ
 คณะของมหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาเขตบางแสน จังหวัดชลบุรี โดยก่อนที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
 ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงคณบดีแต่ละคณะ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล
 ภายหลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบนิสิตกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงรายละเอียดในการเก็บ
 ข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่อาคารเรียนแต่ละคณะ อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา
 ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม
 จึงสามารถดำเนินการในขั้นตอนต่อไปได้
2. สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นนิสิตเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและร่วมมือใน
 การให้ข้อมูล ตอบรับไปยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
3. ผู้วิจัยแจกจ่ายลิงค์แบบสอบถามออนไลน์ อธิบายวิธีตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด
4. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความ
 ถูกต้องและความครบถ้วนของคำตอบ และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบ
 แบบสอบถามและเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติมในประเด็นที่สงสัย
5. เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม
 ไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ชุดคำสั่งคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่ศึกษา กลุ่มสาขาวิชา รายได้ต่อเดือน ที่พัก ประสบการณ์ดื่มแอลกอฮอล์ โดย แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สร้างตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งระดับการรับรู้เป็น 3 ระดับ โดยแบ่งเป็น 3 อันตรภาคชั้นกว้างเท่ากัน (Best & Kahn, 2016)

คะแนนเฉลี่ย	3.00-4.00	หมายถึง	มีการรับรู้สูง
คะแนนเฉลี่ย	2.00-2.99	หมายถึง	มีการรับรู้ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.99	หมายถึง	มีการรับรู้ต่ำ

วิเคราะห์ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ โดยแบ่งเป็น 3 อันตรภาคชั้นกว้างเท่ากัน (Best & Kahn, 2016)

คะแนนเฉลี่ย	3.00-4.00	หมายถึง	มีแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	2.00-2.99	หมายถึง	มีแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.99	หมายถึง	มีแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ระดับต่ำ

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งระดับพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มเป็น 3 ระดับ โดยแบ่งเป็น 3 อันตรภาคชั้นกว้างเท่ากัน (Best & Kahn, 2016)

คะแนนเฉลี่ย	3.00-4.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับดี
คะแนนเฉลี่ย	2.00-2.99	หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.99 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ระดับไม่ดี

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ตามแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตด้วยสถิติ
Pearson's correlation, Simple/Multiple linear regression



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา โดยเก็บข้อมูลจากนิสิตในมหาวิทยาลัยบูรพา ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 จนได้ครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ 378 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คำสั่งคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สร้างตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
3. ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า นิสิตส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 257 คน คิดเป็นร้อยละ 68.0 และเพศชาย 121 คน คิดเป็นร้อยละ 32.0 ซึ่งมีอายุ 21 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.3 เป็นนิสิตกลุ่มสาขาวิชามนุษย์ศาสตร์และสังคมศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมาเป็นกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ และกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คิดเป็นร้อยละ 23.0 และ 22.5 ตามลำดับ นิสิตส่วนมากมีรายได้ต่อเดือน 15,001 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55.6 ส่วนใหญ่ พักหอพักนอคมหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 53.4 ประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเลย คิดเป็นร้อยละ 59.8 รองลงมาดื่มเดือนละ 1 ครั้ง และ 2-4 ครั้งต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 23.0 และ 17.2 ตามลำดับ ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มบ่อยที่สุด คือเหล้าป่น คิดเป็นร้อยละ 42.4 รองลงมาคือ เบียร์ และไวน์ คิดเป็นร้อยละ 27.5 และ 21.4 ตามลำดับ เหตุผลในการดื่มส่วนใหญ่เพื่อการเข้าสังคมและการพบปะสังสรรค์ คิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมาเพื่อความสุข/สนุกสนาน และผ่อนคลายความเครียด คิดเป็นร้อยละ 41.2 และ 4.8 ตามลำดับ สถานที่ดื่มส่วนใหญ่เป็นสถานบันเทิง คิดเป็นร้อยละ 34.7 รองลงมา เป็นที่พักตนเอง ร้านอาหาร ชายหาด คิดเป็นร้อยละ 31.2 17.7 และ 16.4 ตามลำดับ และนิสิตส่วนใหญ่ดื่มร่วมกับเพื่อนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.5 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป (n = 378)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รวม	378	100.0
เพศ		
ชาย	121	32.0
หญิง	257	68.0
อายุ		
19 ปี	20	5.3
20 ปี	82	21.7
21 ปี	194	51.3
22 ปี	82	21.7
กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้น		
ชั้นปีที่ 1	20	5.3
ชั้นปีที่ 2	80	21.2
ชั้นปีที่ 3	225	59.5
ชั้นปีที่ 4	53	14.0
กลุ่มสาขาวิชา		
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ	87	23.0
กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	85	22.5
กลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	206	54.5
รายได้ต่อเดือน		
10,001 – 15,000 บาท	89	23.5
15,001 – 20,000 บาท	210	55.6
20,001 บาท ขึ้นไป	79	20.9
ที่พักของนิสิต		
หอพักนอกมหาวิทยาลัย	202	53.4
หอพักในมหาวิทยาลัย	66	17.5
คอนโด	47	12.4
บ้านตนเอง/บ้านญาติ	43	11.4

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
บ้านพัก/แฟลต หน่วยงานรัฐ	12	3.2
บ้านเช่า	8	2.1
ประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์		
ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา		
ไม่ดื่มเลย	226	59.8
เดือนละ 1 ครั้ง	87	23.0
2-4 ครั้งต่อเดือน	65	17.2
ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มบ่อยที่สุด		
เหล้าปั่น	160	42.4
เบียร์	104	27.5
ไวน์	81	21.4
สุราสี	33	8.7
เหตุผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
การเข้าสังคมและการพบปะสังสรรค์	204	54.0
เพื่อความสุข/สนุกสนาน	156	41.2
ผ่อนคลายความเครียด	18	4.8
สถานที่ดื่ม		
สถานบันเทิง	131	34.7
ที่พักตนเอง	118	31.2
ร้านอาหาร	67	17.7
ชายหาด	62	16.4
ดื่มร่วมกับใคร		
เพื่อน	202	53.5
ครอบครัว	88	23.3
บุคคลอื่น	64	16.9
คนเดียว	24	6.3

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สร้างตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.56$, S.D. = 0.360) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำอาจทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้ และสารในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ($\bar{X} = 3.65$, S.D. = 0.477) รองลงมาคือ การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำส่งผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ($\bar{X} = 3.61$, S.D. = 0.489) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ มะเร็งกล่องเสียง และหลอดอาหาร ($\bar{X} = 3.38$, S.D. = 0.492) ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามรายข้อ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค ที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	เห็นด้วย อย่างยิ่ง ร้อยละ (จำนวน)	เห็นด้วย ร้อยละ (จำนวน)	ไม่เห็นด้วย ร้อยละ (จำนวน)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง ร้อยละ (จำนวน)
1. การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำอาจทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้	65.3 (247)	34.7 (131)	0.0 (0)	0.0 (0)
2. สารในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง	65.3 (247)	34.7 (131)	0.0 (0)	0.0 (0)
3. การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ มะเร็งกล่องเสียง และหลอดอาหาร	38.6 (146)	61.1 (231)	0.3 (1)	0.0 (0)
4. การดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลานานส่งผลให้เกิดโรคพิษสุราเรื้อรัง	49.2 (186)	50.5 (191)	0.3 (1)	0.0 (0)
5. การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำส่งผลต่อหัวใจและหลอดเลือด	60.6 (229)	39.4 (149)	0.0 (0)	0.0 (0)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการ ดื่มแอลกอฮอล์	\bar{X}	S.D.	ระดับการรับรู้
1. การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำอาจทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้	3.65	0.477	มีการรับรู้สูง
2. สารในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง	3.65	0.477	มีการรับรู้สูง
3. การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะอาหาร อักเสบ มะเร็งกล่องเสียง และหลอดอาหาร	3.38	0.492	มีการรับรู้สูง
4. การดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลานานส่งผลให้เกิดโรคพิษสุราเรื้อรัง	3.49	0.506	มีการรับรู้สูง
5. การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำส่งผลต่อหัวใจและหลอดเลือด	3.61	0.489	มีการรับรู้สูง

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.255) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ฉันทราบว่าเมื่อดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันได้ ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = 0.448) รองลงมาคือ ฉันทราบว่าเมื่อดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ขาดสติไม่สามารถควบคุมได้อาจทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท ($\bar{X} = 3.70$, S.D. = 0.458) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ฉันทราบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุจนทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต ($\bar{X} = 3.43$, S.D. = 0.496) ดังแสดงในตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการ
ดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามรายชื่อ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	เห็นด้วย อย่างยิ่ง ร้อยละ (จำนวน)	เห็นด้วย ร้อยละ (จำนวน)	ไม่เห็นด้วย ร้อยละ (จำนวน)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง ร้อยละ (จำนวน)
1. ฉันทราบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	54.8 (207)	45.2 (171)	0.0 (0)	0.0 (0)
2. ฉันทราบว่า เมื่อดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ขาด สติ ไม่สามารถควบคุมได้ อาจทำให้เกิดการ ทะเลาะวิวาท	70.1 (265)	29.9 (113)	0.0 (0)	0.0 (0)
3. ฉันทราบว่า เมื่อดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้มี เพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันได้	72.2 (273)	27.8 (105)	0.0 (0)	0.0 (0)
4. ฉันทราบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น เวลานานจะทำให้เป็นโรคตับแข็ง	55.3 (209)	44.7 (169)	0.0 (0)	0.0 (0)
5. ฉันทราบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ อาจทำให้ เกิดอุบัติเหตุจนทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือ เสียชีวิต	42.9 (162)	57.1 (216)	0.0 (0)	0.0 (0)
6. ฉันทราบว่า การดื่มแอลกอฮอล์อาจนำไปสู่ การใช้สารเสพติดอื่นได้	59.5 (225)	40.5 (153)	0.0 (0)	0.0 (0)
7. ฉันทราบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มโอกาส เสี่ยงในการเข้าเรียน และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัยไม่ทัน	50.8 (192)	49.2 (186)	0.0 (0)	0.0 (0)
8. ฉันทราบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มโอกาส เสี่ยงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า	57.7 (218)	42.3 (160)	0.0 (0)	0.0 (0)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	\bar{X}	SD	ระดับการรับรู้
1. ฉันทราบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	3.55	0.498	มีการรับรู้สูง
2. ฉันทราบว่า เมื่อดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ขาดสติ ไม่สามารถควบคุมตัวเอง อาจทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท	3.70	0.458	มีการรับรู้สูง
3. ฉันทราบว่า เมื่อดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันได้	3.72	0.448	มีการรับรู้สูง
4. ฉันทราบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานานจะทำให้เป็นโรคตับแข็ง	3.55	0.498	มีการรับรู้สูง
5. ฉันทราบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุจนทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต	3.43	0.496	มีการรับรู้สูง
6. ฉันทราบว่า การดื่มแอลกอฮอล์อาจนำไปสู่การใช้สารเสพติดอื่นได้	3.60	0.491	มีการรับรู้สูง
7. ฉันทราบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเข้าเรียน และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัยไม่ทัน	3.51	0.501	มีการรับรู้สูง
8. ฉันทราบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มโอกาสเสี่ยงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า	3.58	0.495	มีการรับรู้สูง
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยรวม	3.58	0.255	มีการรับรู้สูง

จากการศึกษา พบว่าการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.59$, S.D. = 0.341) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีสติ และการตัดสินใจที่ดีขึ้น หากเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เงินค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถนำมาใช้ประโยชน์อย่างอื่นได้มากกว่า ($\bar{X} = 3.77$, S.D. = 0.420) รองลงมาคือ การมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มโอกาสให้มีสุขภาพที่ดีในปัจจุบันและอนาคต ($\bar{X} = 3.65$, S.D. = 0.477) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

(\bar{X} = 3.43, S.D. = 0.496) ดังแสดงในตารางที่ 7 และ 8

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรม
ป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามรายชื่อ

การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ เมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	เห็นด้วย อย่างยิ่ง ร้อยละ (จำนวน)	เห็นด้วย ร้อยละ (จำนวน)	ไม่เห็นด้วย ร้อยละ (จำนวน)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง ร้อยละ (จำนวน)
1. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีสติ และการ ตัดสินใจที่ดีขึ้น	77.2 (292)	22.8 (86)	0.0 (0)	0.0 (0)
2. หากเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เงินค่าเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์สามารถนำมาใช้ประโยชน์อย่างอื่นได้ มากกว่า	77.2 (292)	22.8 (86)	0.0 (0)	0.0 (0)
3. การมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มโอกาสให้มีสุขภาพที่ดีในปัจจุบันและอนาคต	65.3 (247)	34.7 (131)	0.0 (0)	0.0 (0)
4. การมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มโอกาสในการทำกิจกรรมอื่น ๆ มากขึ้น เช่น ออกกำลังกาย อ่านหนังสือ	56.1 (212)	43.9 (166)	0.0 (0)	0.0 (0)
5. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยให้มีสมาธิในการ เข้าเรียนดีขึ้น	46.8 (177)	53.2 (201)	0.0 (0)	0.0 (0)
6. การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ช่วยลดความ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ	43.4 (164)	56.6 (214)	0.0 (0)	0.0 (0)
7. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ช่วยให้มีคุณภาพการ นอนที่ดีขึ้น	48.1 (182)	51.9 (196)	0.0 (0)	0.0 (0)
8. การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ช่วยให้เป็น แบบอย่างที่ดีสำหรับผู้อื่น	58.7 (222)	41.3 (156)	0.0 (0)	0.0 (0)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการ
การดื่มแอลกอฮอล์

การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ	\bar{X}	SD	ระดับการรับรู้
1. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีสติ และการ ตัดสินใจที่ดีขึ้น	3.77	0.420	มีการรับรู้สูง
2. หากเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เงินค่าเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์สามารถนำมาใช้ประโยชน์อย่างอื่นได้ มากกว่า	3.77	0.420	มีการรับรู้สูง
3. การมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มโอกาสให้มีสุขภาพที่ดีในปัจจุบันและอนาคต	3.65	0.477	มีการรับรู้สูง
4. การมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มโอกาสในการทำกิจกรรมอื่น ๆ มากขึ้น เช่น ออกกำลังกาย อ่านหนังสือ	3.56	0.497	มีการรับรู้สูง
5. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยให้มีสมาธิในการเข้า เรียนดีขึ้น	3.47	0.500	มีการรับรู้สูง
6. การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ช่วยลดความ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ	3.43	0.496	มีการรับรู้สูง
7. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ช่วยให้มีคุณภาพการนอนที่ ดีขึ้น	3.48	0.500	มีการรับรู้สูง
8. การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ช่วยให้เป็น แบบอย่างที่ดีสำหรับผู้อื่น	3.59	0.493	มีการรับรู้สูง
ด้านการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับโดยรวม	3.59	0.341	มีการรับรู้สูง

จากการศึกษา พบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของ
นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.43$, S.D. = 0.496)
เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันคิดว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติ
ในสังคมไทย ($\bar{X} = 2.63$, S.D. = 0.644) รองลงมาคือ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้ฉันไม่ได้รับ
การยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ($\bar{X} = 2.46$, S.D. = 0.655) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การพยายามเลิก

ดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก เพราะมีแรงจูงใจไม่เพียงพอ ($\bar{X} = 2.23$, S.D. = 0.423)
 ดังแสดงในตารางที่ 9 และ 10

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่ม
 แอลกอฮอล์ จำแนกตามรายชื่อ

การรับรู้อุปสรรค ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่ม แอลกอฮอล์	เห็นด้วย อย่างยิ่ง ร้อยละ (จำนวน)	เห็นด้วย ร้อยละ (จำนวน)	ไม่เห็นด้วย ร้อยละ (จำนวน)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง ร้อยละ (จำนวน)
1. การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ทำได้ยาก เพราะ เป็นการเข้าสังคม	9.0 (34)	8.5 (32)	82.5 (312)	0.0 (0)
2. การปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์จากเพื่อน เป็นเรื่องที่ฉันท้าบากใจ	9.0 (34)	10.1 (38)	80.9 (306)	0.0 (0)
3. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้ฉันไม่ได้รับ การยอมรับจากกลุ่มเพื่อน	9.0 (34)	28.3 (107)	62.7 (237)	0.0 (0)
4. การพยายามหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ทำได้ยาก เพราะมีสถานที่จำหน่าย แอลกอฮอล์จำนวนมากใกล้สถานศึกษา	0.0 (0)	42.9 (162)	27.1 (216)	0.0 (0)
5. การพยายามเลิกดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่ ปฏิบัติได้ยาก เพราะมีแรงจูงใจไม่เพียงพอ	0.0 (0)	23.3 (88)	76.7 (290)	0.0 (0)
6. ฉันไม่รู้วิธีจัดการความเครียดโดยไม่พึ่ง แอลกอฮอล์	0.0 (0)	29.9 (113)	70.1 (265)	0.0 (0)
7. ฉันไม่เห็นผลเสียของการดื่มแอลกอฮอล์ใน ปริมาณน้อย	9.0 (34)	24.3 (92)	66.7 (252)	0.0 (0)
8. ฉันคิดว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติ ในสังคมไทย	9.0 (34)	45.0 (170)	46.0 (174)	0.0 (0)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

การรับรู้อุปสรรค	\bar{X}	SD	ระดับการรับรู้
1. การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ทำได้ยาก เพราะเป็นการเข้าสังคม	2.26	0.613	มีการรับรู้ปานกลาง
2. การปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์จากเพื่อนเป็นเรื่องที่ฉันท้าใจ	2.28	0.619	มีการรับรู้ปานกลาง
3. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้ฉันไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน	2.46	0.655	มีการรับรู้ปานกลาง
4. การพยายามหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ทำได้ยาก เพราะมีสถานที่จำหน่ายแอลกอฮอล์จำนวนมากใกล้สถานศึกษา	2.43	0.496	มีการรับรู้ปานกลาง
5. การพยายามเลิกดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก เพราะมีแรงจูงใจไม่เพียงพอ	2.23	0.423	มีการรับรู้ปานกลาง
6. ฉันไม่รู้วิธีจัดการความเครียดโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์	2.30	0.458	มีการรับรู้ปานกลาง
7. ฉันไม่เห็นผลเสียของการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อย	2.42	0.652	มีการรับรู้ปานกลาง
8. ฉันคิดว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติในสังคมไทย	2.63	0.644	มีการรับรู้ปานกลาง
ด้านการรับรู้การรับรู้อุปสรรคโดยรวม	2.38	0.425	มีการรับรู้ปานกลาง

จากผลการศึกษา พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.65$, S.D. = 0.308) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การสนับสนุนงบประมาณจากมหาวิทยาลัยในการจัดกิจกรรม งด-เลิก การดื่มแอลกอฮอล์ในสถานศึกษาช่วยป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ($\bar{X} = 3.82$, S.D. = 0.382) รองลงมาคือ การมีกฎระเบียบเกี่ยวกับการห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสถานศึกษาช่วยป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ($\bar{X} = 3.76$, S.D. = 0.425) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การดูแล เอาใจใส่ของครอบครัวเมื่อเจอปัญหาช่วยป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ($\bar{X} = 3.48$, S.D. = 0.500) ดังแสดงในตารางที่ 11 และ 12

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรม
ป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามรายชื่อ

แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	เห็นด้วย อย่างยิ่ง ร้อยละ (จำนวน)	เห็นด้วย ร้อยละ (จำนวน)	ไม่เห็นด้วย ร้อยละ (จำนวน)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง ร้อยละ (จำนวน)
1. การมีกฎระเบียบเกี่ยวกับการห้ามดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของสถานศึกษาช่วยป้องกันการดื่ม แอลกอฮอล์ได้	76.5 (289)	23.5 (89)	0.0 (0)	0.0 (0)
2. การสนับสนุนงบประมาณจากมหาวิทยาลัยใน การจัดกิจกรรม งด-เลิก การดื่มแอลกอฮอล์ใน สถานศึกษาช่วยป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ได้	82.3 (311)	17.7 (67)	0.0 (0)	0.0 (0)
3. การมีกฎหมายห้ามผู้ประกอบการที่จำหน่าย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดโปรโมชั่นส่งเสริมการขาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	71.2 (269)	28.8 (109)	0.0 (0)	0.0 (0)
4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการควบคุม กำกับ ติดตาม ให้สถานประกอบการที่จำหน่าย แอลกอฮอล์ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนดช่วย ป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ได้	51.1 (193)	48.9 (185)	0.0 (0)	0.0 (0)
5. การดูแลเอาใจใส่ของครอบครัวเมื่อเจอปัญหา ช่วยป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ได้	48.4 (183)	51.6 (195)	0.0 (0)	0.0 (0)
6. เพื่อนของท่านเคารพการตัดสินใจของท่านที่ จะไม่ดื่มแอลกอฮอล์	59.8 (226)	40.2 (152)	0.0 (0)	0.0 (0)
7. ท่านเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของการ ดื่มแอลกอฮอล์จากสื่อต่าง ๆ	71.7 (271)	28.3 (107)	0.0 (0)	0.0 (0)
8. ท่านได้รับกำลังใจจากคนใกล้ชิดเมื่อพยายาม ลดการดื่มแอลกอฮอล์	61.6 (233)	38.4 (145)	0.0 (0)	0.0 (0)

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกัน
การดื่มแอลกอฮอล์

แรงสนับสนุนทางสังคม	\bar{x}	SD	ระดับแรงสนับสนุน
1. การมีกฎระเบียบเกี่ยวกับการห้ามดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสถานศึกษาช่วย ป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ได้	3.76	0.425	ระดับสูง
2. การสนับสนุนงบประมาณจาก มหาวิทยาลัยในการจัดกิจกรรม งด-เลิก การ ดื่มแอลกอฮอล์ในสถานศึกษาช่วยป้องกันการ ดื่มแอลกอฮอล์ได้	3.82	0.382	ระดับสูง
3. การมีกฎหมายห้ามผู้ประกอบการที่ จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดโปรโมชั่น ส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.71	0.454	ระดับสูง
4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการควบคุม กำกับ ติดตาม ให้สถานประกอบการที่จำหน่าย แอลกอฮอล์ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนดช่วย ป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ได้	3.51	0.501	ระดับสูง
5. การดูแลเอาใจใส่ของครอบครัวเมื่อเจอ ปัญหาช่วยป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ได้	3.48	0.500	ระดับสูง
6. เพื่อนของท่านเคารพการตัดสินใจของ ท่านที่จะไม่ดื่มแอลกอฮอล์	3.60	0.491	ระดับสูง
7. ท่านเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของ การดื่มแอลกอฮอล์จากสื่อต่าง ๆ	3.72	0.451	ระดับสูง
8. ท่านได้รับกำลังใจจากคนใกล้ชิดเมื่อ พยายามลดการดื่มแอลกอฮอล์	3.62	0.487	ระดับสูง
ด้านการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.65	0.308	ระดับสูง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมกำบังกำบังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมกำบังกำบังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.50$, S.D. = 0.255) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันปฏิเสธอย่างนุ่มนวลเมื่อถูกเพื่อนหรือผู้มาชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 3.73$, S.D. = 0.446) รองลงมาคือ เมื่อท่านมีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ท่านขอคำปรึกษาจากบิดามารดา หรือคนในครอบครัว โดยไม่พึ่งการดื่มแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 3.66$, S.D. = 0.475) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ฉันไม่ดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากขัดต่อคำสอนของศาสนาที่ครอบครัวของฉันนับถือ ($\bar{X} = 3.25$, S.D. = 0.431) ดังแสดงในตารางที่ 13-15

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมกำบังกำบังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามรายข้อ

พฤติกรรมกำบังกำบังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	มากที่สุด ร้อยละ (จำนวน)	มาก ร้อยละ (จำนวน)	ปานกลาง ร้อยละ (จำนวน)	น้อย ร้อยละ (จำนวน)
1. ฉันปฏิเสธอย่างนุ่มนวลเมื่อถูกเพื่อนหรือผู้มาชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์	72.8 (275)	27.2 (103)	0.0 (0)	0.0 (0)
2. ฉันหลีกเลี่ยงการเที่ยวในสถานบันเทิงที่เอื้อต่อการดื่มแอลกอฮอล์	55.0 (208)	45.0 (170)	0.0 (0)	0.0 (0)
3. หากฉันมีความเครียดที่เกิดจากการเรียน/ครอบครัว/เพื่อน จะใช้วิธีอื่นในการผ่อนคลายความเครียดโดยไม่ดื่มแอลกอฮอล์	55.0 (208)	45.0 (170)	0.0 (0)	0.0 (0)
4. ฉันพยายามป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยไม่ลองดื่มแอลกอฮอล์อย่างแน่นอน แม้เพื่อนจะยั่ว	56.6 (214)	43.4 (164)	0.0 (0)	0.0 (0)
5. ฉันออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง โดยไม่ต้องพึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	38.9 (147)	61.1 (231)	0.0 (0)	0.0 (0)
6. ฉันไม่ดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากขัดต่อคำสอนของศาสนาที่ครอบครัวของฉันนับถือ	24.6 (93)	75.4 (285)	0.0 (0)	0.0 (0)
7. คนในครอบครัวของฉัน มีการตักเตือนไม่ให้เกี่ยวข้องกับกำบังกำบังการดื่มแอลกอฮอล์	34.9 (132)	65.1 (246)	0.0 (0)	0.0 (0)

ตารางที่ 13 (ต่อ)

พฤติกรรมกำบังกัน การตีเครื่องตีแอลกอฮอล์	มากที่สุด ร้อยละ (จำนวน)	มาก ร้อยละ (จำนวน)	ปานกลาง ร้อยละ (จำนวน)	น้อย ร้อยละ (จำนวน)
8. คนในครอบครัวฉันไม่เห็นด้วยที่คบเพื่อนที่ ชอบเที่ยวสถานบันเทิง หรือตีแอลกอฮอล์	47.9 (181)	52.1 (197)	0.0 (0)	0.0 (0)
9. เมื่อท่านมีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ท่าน ขอคำปรึกษาจากบิดามารดา หรือคนใน ครอบครัว โดยไม่ฟังการตีแอลกอฮอล์	65.9 (249)	34.1 (129)	0.0 (0)	0.0 (0)
10. คนในครอบครัวของท่านมีการพูดคุยถึง โทษของการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ และ สอนให้บุตรหลานหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธการตี เครื่องตีแอลกอฮอล์	52.9 (200)	47.1 (178)	0.0 (0)	0.0 (0)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมกำบังกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์

ระดับพฤติกรรมกำบังกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
มีพฤติกรรมกำบังกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ระดับดี (3.00 – 4.00 คะแนน)	378	100.0
มีพฤติกรรมกำบังกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง (2.00 – 2.99 คะแนน)	0	0.0
มีพฤติกรรมกำบังกันการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ระดับไม่ดี (1.00 – 1.99 คะแนน)	0	0.0
รวม	378	100.0

หมายเหตุ ได้คะแนนต่ำสุด 3.00 คะแนน ได้คะแนนสูงสุด 4.00 คะแนน เฉลี่ย 3.50 คะแนน และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.255

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการป้องกัน	\bar{x}	SD	ระดับพฤติกรรม
1. ฉันปฏิเสธอย่างนุ่มนวลเมื่อถูกเพื่อนหรือผู้มาชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์	3.73	0.446	ระดับดี
2. ฉันหลีกเลี่ยงการเที่ยวในสถานบันเทิงที่เอื้อต่อการดื่มแอลกอฮอล์	3.55	0.498	ระดับดี
3. หากฉันมีความเครียดที่เกิดจากการเรียน/ครอบครัว/เพื่อน จะใช้วิธีอื่นในการผ่อนคลายความเครียดโดยไม่ดื่มแอลกอฮอล์	3.55	0.498	ระดับดี
4. ฉันพยายามป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยไม่ลองดื่มแอลกอฮอล์อย่างแน่นอน แม้เพื่อนจะยั่ว	3.57	0.496	ระดับดี
5. ฉันออกกำลังกายเสมอ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง โดยไม่ต้องพึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.39	0.488	ระดับดี
6. ฉันไม่ดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากขัดต่อคำสอนของศาสนาที่ครอบครัวของฉันนับถือ	3.25	0.431	ระดับดี
7. คนในครอบครัวของฉัน มีการตักเตือนไม่ให้เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.35	0.477	ระดับดี
8. คนในครอบครัวฉันไม่เห็นด้วยที่คบเพื่อนที่ชอบเที่ยวสถานบันเทิง หรือดื่มแอลกอฮอล์	3.48	0.500	ระดับดี
9. เมื่อท่านมีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ท่านขอคำปรึกษาจากบิดามารดา หรือคนในครอบครัว โดยไม่พึ่งการดื่มแอลกอฮอล์	3.66	0.475	ระดับดี
10. คนในครอบครัวของท่านมีการพูดคุยถึงโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสอนให้บุตรหลานหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.53	0.500	ระดับดี
ด้านพฤติกรรมการป้องกันโดยรวม	3.50	0.255	ระดับดี

จากผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือปัจจัยในการศึกษานี้ พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ชั้นปี รายได้ต่อเดือน ที่พักของนิสิต ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มบ่อยที่สุด ดื่มร่วมกับใคร การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ การรับการเรียนรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ กับพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงลบ และความสัมพันธ์ระหว่างสถานที่ดื่ม การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ กับพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง บวก ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัย	r	p-value
เพศ	0.025	0.622
อายุ	-0.612	<0.001
ชั้นปี	-0.580	<0.001
กลุ่มสาขาวิชา	-0.028	0.585
รายได้ต่อเดือน	-0.150	0.003
ที่พักของนิสิต	-0.111	0.031
ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา	-0.173	0.001
ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มบ่อยที่สุด	-0.517	<0.001
เหตุผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	0.018	0.723
สถานที่ดื่ม	0.409	<0.001
ดื่มร่วมกับใคร	-0.128	0.013
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	0.327	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	0.215	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	-0.307	<0.001
การรับการเรียนรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	-0.692	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	-0.531	<0.001

จากการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีค่าความสัมพันธ์ r ไม่ถึง 0.8 แสดงว่าตัวแปรทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity) ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 การตรวจสอบค่าความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระด้วยการทดสอบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation)

	X1	X2	X3	X4	X5	Y
X1	-	0.091	0.155**	0.001	-0.181**	0.327**
X2		-	-0.274**	0.072	-0.079	0.215**
X3			-	0.285**	0.140**	-0.307**
X4				-	0.369**	-0.692**
X5					-	-0.531**
Y						-

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

เมื่อ X1	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์
X2	หมายถึง	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์
X3	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์
X4	หมายถึง	การรับการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์
X5	หมายถึง	แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์
Y	หมายถึง	พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา

จากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เชิงเส้น พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson สูงที่สุดเมื่อเทียบกับตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา และมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม (R-square) ร้อยละ 71.4 ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 การถดถอยเชิงเดียว

ตัวแปรอิสระ	β (95%CI)	SE	Beta	t	p-value
อายุ	-0.003 (-0.070, 0.064)	0.034	-0.010	-0.091	0.928
ชั้นปี	-0.062 (-0.134, 0.010)	0.037	-0.177	-1.686	0.093
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	0.158 (0.113, 0.202)	0.023	0.222	6.955	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	0.146 (0.074, 0.219)	0.037	0.146	3.982	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	-0.111 (-0.161, -0.061)	0.025	-0.148	-4.380	<0.001
การรับการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	-0.282 (-0.330, -0.233)	0.025	-0.469	-11.410	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	-0.204 (-0.255, -0.153)	0.026	-0.246	-7.867	<0.001
Constant	4.474 (3.116, 5.832)	0.691		6.479	<0.001

R = 0.845, R-square = 0.714, F = 131.845, p = <0.001

จากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ multiple linear ด้วยข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวแปรอิสระ 9 ตัว ได้แก่ อายุ รายได้

หอพักในมหาวิทยาลัย ระยะเวลาที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ 1 เดือนที่ผ่านมา การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ การรับการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ และมีอำนาจการทำนายร้อยละ 77.8 ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 การถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression)

ตัวแปรอิสระ	β (95%CI)	SE	Beta	t	p-value
อายุ	-0.779 (-1.011, -0.548)	0.118	-0.243	-6.621	<0.001
รายได้	0.669 (0.433, 0.905)	0.12	0.175	5.566	0.01
พักในมหาวิทยาลัย	-0.935 (-1.393, -0.478)	0.233	-0.139	-4.022	<0.001
ระยะเวลาที่ไม่ดื่ม 1 เดือนที่ ผ่านมา	-1.030 (-1.329, -0.732)	0.152	-0.198	-6.795	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค ที่เกิดจากการดื่ม แอลกอฮอล์	2.029 (1.621, 2.437)	0.208	0.286	9.773	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรคที่เกิดจากการดื่ม แอลกอฮอล์	1.383 (0.734, 2.032)	0.33	0.138	4.189	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ เมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการ ดื่มแอลกอฮอล์	-0.628 (-1.107, -0.149)	0.244	-0.084	-2.577	<0.001
การรับการรับรู้อุปสรรคต่อ การมีพฤติกรรมป้องกันการ ดื่มแอลกอฮอล์	-3.902 (-4.362, -3.441)	0.234	-0.65	-16.657	<0.001

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	β (95%CI)	SE	Beta	t	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคมต่อ การมีพฤติกรรมป้องกันการ ดื่มแอลกอฮอล์	-1.644 (-2.127, -1.160)	0.246	-0.198	-6.686	<0.001
Constant	56.157 (49.339, 62.976)	3.467		16.196	<0.001

R = 0.882, R-square = 0.778, F = 143.599, p = <0.001

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติ่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติ่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติ่มแอลกอฮอล์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กลุ่มตัวอย่างคือนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา บางแสน 378 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม 3 ตอน ตอนแรกเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 เป็นการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติ่มแอลกอฮอล์ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และตอนสุดท้ายเป็นพฤติกรรมการป้องกันการติ่มแอลกอฮอล์ ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การตรวจสอบความตรงกับเนื้อหา $IOC \geq 0.5$ จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และนำไปทดสอบกับนิสิตปริญญาตรีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ผลการทดสอบแบบสอบถามตอนที่ 2 และ 3 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.98 และ 1 ตามลำดับ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามด้วยสหสัมพันธ์ของ Pearson และความสัมพันธ์เชิงเส้นถดถอย

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษานี้ ได้ข้อมูลจากนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา 378 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.0 เป็นสัดส่วนใกล้เคียงกับประชากรนิสิตปริญญาตรีมหาวิทยาลัยบูรพาในช่วงเวลาเดียวกัน มีอายุเฉลี่ย 20 ปี ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 3 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 15,001 – 20,000 บาท พักอยู่หอพักนอกรมหาวิทยาลัย ความถี่ในการติ่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา พบว่า ไม่ติ่มเลย คิดเป็นร้อยละ 59.8 ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ติ่มบ่อยที่สุด ได้แก่ เหล้าปั่น คิดเป็นร้อยละ 42.4 เหตุผลในการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อการเข้าสังคมและการพบปะสังสรรค์ คิดเป็นร้อยละ 54.0 ส่วนใหญ่ติ่มที่สถานบันเทิง คิดเป็นร้อยละ 34.7 และติ่มร่วมกับเพื่อนมากถึงร้อยละ 53.5 สรุปความสัมพันธ์ภายในปัจจัยส่วนบุคคลได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตสัมพันธ์กับ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา รายได้ต่อเดือน และที่พักของนิสิต

ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 99) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ในระดับสูง ทำให้ค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้านดังกล่าวอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อีก 1 ด้าน ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ มีค่าเฉลี่ยของของการรับรู้ระดับปานกลาง

ข้อมูลพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวม 10 ข้อ มีพฤติกรรมการป้องกันระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ นิสิตร้อยละ 72.8 ปฏิเสธอย่างนุ่มนวลเมื่อถูกเพื่อนหรือผู้มาชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์ รองลงมาคือ นิสิตร้อยละ 65.9 เมื่อมีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ จะขอคำปรึกษาจากบิดามารดา หรือคนในครอบครัว โดยไม่พึ่งการดื่มแอลกอฮอล์ และนิสิตร้อยละ 24.6 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากขัดต่อคำสอนของศาสนาที่ครอบครัวนับถือ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กับพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงลบ ดังนี้ อายุ $r = -0.612$ (P-value < 0.001) ชั้นปี $r = -0.580$ (P-value < 0.001) รายได้ต่อเดือน $r = -0.150$ (P-value 0.003) ที่พักของนิสิต $r = -0.111$ (P-value 0.031) ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา $r = -0.173$ (P-value 0.001) ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มบ่อยที่สุด $r = -0.517$ (P-value < 0.001) ดื่มร่วมกับใคร $r = -0.128$ (P-value 0.013) ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ $r = -0.307$ (P-value < 0.001) การรับการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ $r = -0.692$ (P-value < 0.001) แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ $r = -0.531$ (P-value < 0.001) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงบวก ดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ $r = 0.327$ (P-value < 0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ $r = 0.215$ (P-value < 0.001) สถานที่ดื่ม $r = 0.409$ (P-value < 0.001)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา

จากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เชิงเส้น พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson สูงที่สุดเมื่อเทียบกับตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยชุดคำสั่งคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป พบปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวแปรอิสระ 9 ตัว ได้แก่ อายุ รายได้ หอพักในมหาวิทยาลัย ระยะเวลาที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ 1 เดือนที่ผ่านมา การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ การรับการเรียนรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ และมีอำนาจการทำนายร้อยละ 77.8

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. ระดับการรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา

การรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยรวม 4 ด้านแรก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับสูง แสดงว่านิสิตมีความคิดเห็น และความเข้าใจตรงกับความรู้อันเกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจเป็นเพราะนิสิตมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ก่อนเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัย จากการเรียนสุขศึกษาในโรงเรียน ในมหาวิทยาลัย และสื่อประชาสัมพันธ์ทางโทรทัศน์ หรือสังคม อินเทอร์เน็ต ให้ตระหนักถึงภัยของการดื่มแอลกอฮอล์ นิสิตเกือบทั้งหมดจึงเข้าใจความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ วัดได้ด้วยความคิดเห็นระดับสูง แต่มีการรับรู้บางข้อที่นิสิตกลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วย คือการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ มะเร็งกล่องเสียง และหลอดอาหาร การดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลานานส่งผลให้เกิด

โรคพิษสุราเรื้อรัง อาจเพราะข้อคำถามดังกล่าวเป็นความรู้ที่ถูกนำไปเผยแพร่ รมรงค์ กระตุ้นเตือนประชาชนให้ตระหนักถึงภัยของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างน้อย นิสิตจึงไม่ได้ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง การรับการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีข้อที่นิสิตส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้แก่ การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ทำได้ยาก เพราะเป็นการเข้าสังคม การปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์จากเพื่อนเป็นเรื่องที่ฉันทำบากใจ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้ฉันไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน นิสิตไม่เห็นผลเสียของการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อย นิสิตคิดว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติในสังคมไทย แปลว่าแรงกดดันทางสังคมเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะนิสิตยังคงต้องการได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งระดับการรับรู้ทั้ง 5 ด้าน ของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดพิจิตร ของศราวุธ โภชนสมบัติ (2564) ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการศึกษา พบว่า ทศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมอยู่ในระดับสูง การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง ความเชื่อมั่นในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในบริบทของกลยุทธ์การป้องกันพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ De Leon (2023) ซึ่งแนวโน้มที่บุคคลจะใช้กลยุทธ์พฤติกรรมป้องกันและพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ขึ้นอยู่กับการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคที่เกี่ยวกับการดำเนินพฤติกรรมเหล่านั้น ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประสิทธิผลของกลยุทธ์พฤติกรรมการป้องกันมีแนวโน้มที่สูงขึ้น การรับรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของกลยุทธ์พฤติกรรมการป้องกันเพิ่มขึ้น อาจนำไปสู่การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ลดน้อยลงเช่นกัน

2. พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี

มหาวิทยาลัยบูรพา

พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.50$, S.D. = 0.255) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันทปฏิเสธอย่างนุ่มนวลเมื่อถูกเพื่อนหรือผู้มาชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 3.73$, S.D. = 0.446) รองลงมาคือ เมื่อท่านมีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ท่านขอคำปรึกษาจากบิดามารดา

หรือคนในครอบครัว โดยไม่ฟังการตีเผลอกอฮอล ($\bar{X} = 3.66$, S.D. = 0.475) ไกล่เคียงกับผลการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการตีเผลอกอฮอลของนักศึกษามหาวิทยาลัย : กรณีศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการตีเผลอกอฮอลที่เผลอกอฮอลเรียงจากมากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองของนักศึกษาในการป้องกันการตีเผลอกอฮอล ลักษณะที่อยู่อาศัย เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับเครื่องตีเผลอกอฮอล และ แรงสนับสนุนจากเพื่อน ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้นักศึกษามีพฤติกรรมป้องกันการตีเผลอกอฮอลที่ดี (ดร.ณรรณ สมใจ, 2559) และไกล่เคียงกับการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการตีเผลอกอฮอลของตนเองจากการตีเผลอกอฮอลของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ความเข้าใจเรื่องการตีเผลอกอฮอลของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการตีเผลอกอฮอลอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 41.6 พฤติกรรมป้องกันการตีเผลอกอฮอลด้านส่วนบุคคล โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.18) พฤติกรรมป้องกันการตีเผลอกอฮอลด้านครอบครัว โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.06) พฤติกรรมป้องกันการตีเผลอกอฮอลด้านสังคม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.22$, S.D. = 0.08) (พนิดา ใจแก้วทิ, 2562)

3. ความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการตีเผลอกอฮอลของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา

ผลของความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมป้องกันการตีเผลอกอฮอลพบการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการตีเผลอกอฮอล มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson สูงที่สุดเมื่อเทียบกับตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา และมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม (R-square) ร้อยละ 71.4 ด้วยสัมประสิทธิ์หน้าตัวแปรอิสระ (β) -0.282 เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณร่วมกับตัวแปรอิสระ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการตีเผลอกอฮอล แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการตีเผลอกอฮอล การไม่ตีเผลอกอฮอล อายุ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการตีเผลอกอฮอล รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการตีเผลอกอฮอล และหอพักในมหาวิทยาลัย จะมีสัมประสิทธิ์หน้าตัวแปรการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการตีเผลอกอฮอล -3.902 และตัวแปรอิสระทั้ง 9 ตัวดังกล่าวร่วมกันมีอิทธิพลการทำนายพฤติกรรมป้องกันการตีเผลอกอฮอล ร้อยละ 77.8 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการตีเผลอกอฮอลในการศึกษานี้เป็นความสัมพันธ์เชิงลบ สอดคล้องกับการอธิบายทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในบทความ The health belief model and sick role behavior ของ Marshall H Becker (1974) ที่อธิบายว่าการรับรู้ราคา หรืออุปสรรค เป็นปัจจัย

ทำนายการปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาที่เชื่อถือได้ โดยมีความสัมพันธ์ผกผันกับการปฏิบัติตามคำสั่งการรักษา 10 ปีต่อมา มีการทบทวนงานวิจัย 29 งานที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทำนายพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดหมู การกินยา กินอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันเลือดสูง ไตวายเรื้อรัง การพาลูกมาตรวจตามนัด การปฏิบัติตามแพทย์สั่งเพื่อลดน้ำหนักลูกที่มีน้ำหนักเกิน การตรวจสุขภาพฟัน การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะใช้รถยนต์ ฯลฯ พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สูงที่สุด ในอัตราส่วนการมีนัยสำคัญ (Significance-ratio orderings) ถึงร้อยละ 91 ส่วนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง มีอัตราส่วนการมีนัยสำคัญรองลงมา คือร้อยละ 81 77 และ 59 ตามลำดับ (Janz & Becker, 1984)

การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกำบังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรม ทั้งหมด 5 ด้าน คือ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ $r = 0.327$ ($P\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกำบังการดื่มแอลกอฮอล์ และจากผลการศึกษาพบว่า นิสิตส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์แอลกอฮอล์ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.56$, $SD. = 0.360$) และข้อคำถามที่ได้คะแนนสูงสุด คือการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำอาจทำให้เกิดโรคมะเร็งตับได้ สารในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีฤทธิ์กระษาระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่ระบุว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ถึงผลกระทบที่รุนแรงจากการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น โรคตับแข็ง โรคมะเร็งตับ โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะซึมเศร้า และความผิดปกติทางอารมณ์ สามารถกระตุ้นให้บุคคลตระหนักถึงความเสี่ยงและมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงหรือป้องกันพฤติกรรมกำบังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำบังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดพิจิตร ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง (ศราวุธ โภชนสมบัติ, 2564)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ $r = 0.215$ ($P\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกำบังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ถึงโรคต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นเมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งผลกระทบที่เกิดต่อสุขภาพเมื่อดื่มเป็นเวลานาน หรืออุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจนทำให้เกิดการบาดเจ็บ หรือเสียชีวิต และจากผลการศึกษาพบว่า นิสิตส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ

เป็นโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.58$, SD. = 0.255) และข้อคำถามที่ได้คะแนนสูงสุดคือ นิสิตทราบว่าเมื่อดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ได้แสดงให้เห็นว่า นิสิตระดับปริญญาตรีมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์สูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และ Maiman (1975) ที่กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคใด ๆ ของตนเองว่ามีมากน้อยเพียงใด สอดคล้องกับผลการศึกษา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคมะเร็งที่เชื่อมโยงกับการดื่มแอลกอฮอล์ โดยนักศึกษาที่ตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง เช่น มะเร็งเต้านม มีแนวโน้มดื่มสุราน้อยลง ซึ่งการศึกษาดังกล่าวทำการสำรวจนักศึกษาจำนวน 116 คน อายุระหว่าง 17–24 ปี พบว่าร้อยละ 88 ทราบว่าแอลกอฮอล์เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็ง และกลุ่มที่ประเมินความเสี่ยงว่าสูงมักลดพฤติกรรมดื่มสุราลงอย่างมีนัยสำคัญ (Alexandra Sifferlin, 2024)

การดื่มแอลกอฮอล์การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ $r = -0.307$ (P-value < 0.001) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ และจากผลการศึกษาพบว่า นิสิตส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.59$, SD. = 0.341) และข้อคำถามที่ได้คะแนนสูงสุดคือการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีสติ และการตัดสินใจที่ดีขึ้น และหากเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เงินค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถนำมาใช้ประโยชน์อย่างอื่นได้มากกว่า ซึ่งอาจขัดแย้งกับแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่ระบุว่า การรับรู้ประโยชน์ควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตามผลลัพธ์นี้อาจสะท้อนถึงความซับซ้อนของพฤติกรรมมนุษย์ โดยเฉพาะในกลุ่มนิสิตที่อาจรับรู้ถึงประโยชน์ของการงดดื่มแอลกอฮอล์ แต่ยังคงมีพฤติกรรมดื่มเนื่องจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความสนุก การเข้าสังคม หรือความเคยชินในวัฒนธรรมกลุ่มเพื่อน อาจมีอิทธิพลมากกว่าจนทำให้พฤติกรรมป้องกันไม่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา แรงจูงใจในการดื่มหรือเหตุผลที่ผู้คนเลือกที่จะดื่มเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ได้รับการยอมรับสำหรับการใช้แอลกอฮอล์และผลเสียที่เกี่ยวข้อง แม้การรับรู้ประโยชน์จากการงดดื่ม (เช่น มีสติ รักษาเงิน) จะสูง แต่แรงกดดันทางสังคมและวัฒนธรรมมหาวิทยาลัย เช่น การเข้าสังคม, การหาทางผ่อนคลาย แก่เครียด ส่งผลให้ประโยชน์เชิงตรรกะถูกกลบด้วยอารมณ์และวัฒนธรรมในชีวิตจริง สอดคล้องกับทฤษฎี alcohol expectancy theory และ motivational model ว่าพฤติกรรมดื่มถูกขับเคลื่อนด้วยการคาดหวังผลทางอารมณ์และสังคมมากกว่าเพียงเหตุผลเชิงสุขภาพ (Richards, 2021)

การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ $r = -0.692$ (P-value < 0.001) มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมากกับพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ และจากผลการศึกษา

พบว่านิสิตส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.38$, SD. = 0.425) และข้อคำถามที่ได้คะแนนสูงสุด คือนิสิตคิดว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติในสังคมไทย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ (Health Belief Model: HBM) ที่ระบุว่าอุปสรรคเป็นปัจจัยที่ลดทอนพฤติกรรมสุขภาพ แสดงว่าเมื่อรับรู้อุปสรรคมากขึ้น พฤติกรรมการป้องกันยิ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เช่น กลัวเสียเพื่อน, ถูกชักชวนในงานสังสรรค์, ขาดกิจกรรมทางเลือก อุปสรรคทางสังคมและพฤติกรรมเป็นปัจจัยหลัก ที่ต้องจัดการ เช่น การฝึกทักษะปฏิเสธ การสร้างกิจกรรมทางเลือก สอดคล้องกับผลการศึกษาคำถามใช้แอลกอฮอล์ในหมู่นักศึกษามหาวิทยาลัย เป็นความท้าทายด้านสุขภาพระดับโลก ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ ได้แก่ ความเป็นอิสระที่นักศึกษาได้รับเมื่อเข้าสู่รั้วมหาวิทยาลัย และแรงกดดันทางสังคมจากเพื่อน ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหมู่นักศึกษา (Urrutia-Reyes, 2024)

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ $r = -0.531$ (P-value < 0.001) มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์และจากผลการศึกษาพบว่านิสิตส่วนใหญ่มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.65$, SD. = 0.308) และข้อคำถามที่ได้คะแนนสูงสุด คือการสนับสนุนงบประมาณจากมหาวิทยาลัยในการจัดกิจกรรม งด-เลิก การดื่มแอลกอฮอล์ในสถานศึกษาช่วยป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น ปัจจัยร่วม (Modifying factors) ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) หมายถึง ปัจจัยอื่น นอกเหนือจากองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหรือปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมในเชิงลบ อาจขัดกับแนวคิดที่ว่า “แรงสนับสนุนควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ” อาจเกิดจาก แรงสนับสนุนมาจากกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ก็อาจส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาคความตั้งใจในการดื่ม กับ พฤติกรรมการดื่มในแต่ละวันของนักศึกษามหาวิทยาลัย รวมถึงสภาพแวดล้อมทางสังคมในปัจจุบัน ผลการศึกษาพบว่าบริบททางสังคมมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการดื่มแม้แรงสนับสนุนทางสังคมจะสำคัญต่อการสร้างพฤติกรรมป้องกัน แต่หากแรงสนับสนุนเหล่านั้นมาจากระบบสังคมที่ดื่มเป็น norm หรือถูกครอบงำด้วยเครือข่ายที่ส่งเสริมการดื่มแรงสนับสนุนก็ไม่เพียงพอ (Hamilton, 2021)

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลจากนิสิตระดับปริญญาตรี เนื่องจากไม่สามารถเก็บข้อมูลจากนิสิตชั้นปีที่ 5-6 ได้ตามที่กำหนดไว้ในตอนต้น เนื่องจากนิสิตในระดับชั้นปีดังกล่าวส่วนใหญ่อยู่ในคณะวิชาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น คณะแพทยศาสตร์ เกษศาสตร์ ซึ่งมีการออกฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจึงไม่สะดวกในการเข้าร่วมการเก็บข้อมูล ทำให้กลุ่มตัวอย่างครอบคลุมเพียงนิสิตชั้นปีที่ 1-4 ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความครอบคลุมของข้อมูลและการสรุปผลโดยทั่วไปของการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการดำเนินงานในสถานศึกษา

ควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์และสร้างความตระหนักถึงผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น โครงการ "มหาวิทยาลัยปลอดแอลกอฮอล์" โดยควรดำเนินงานบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่น

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สคอ.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยร่วมกำหนดแผนยุทธศาสตร์การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่มีอำนาจบังคับใช้ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในการเฝ้าระวัง การโฆษณา การส่งเสริมการขาย บริเวณโดยรอบมหาวิทยาลัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ที่มีบทบาทประสานความร่วมมือกับภาคประชาสังคม เช่น เครือข่ายงดเหล้า อสม. ชุมชน มหาวิทยาลัย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่เป็นหน่วยงานที่เข้าถึงประชาชนได้โดยตรงควรมีการออกข้อบัญญัติหรือมาตรการในระดับท้องถิ่น เพื่อควบคุมการจำหน่าย/บริโภคแอลกอฮอล์ในพื้นที่

2. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการให้ความรู้ รณรงค์ลด ละ เลิกการดื่มในโอกาสต่าง ๆ เช่น งดเหล้าเข้าพรรษา แอปพลิเคชันระบบแจ้งเตือนพฤติกรรมเสี่ยง หรือแอปพลิเคชันที่เชื่อมโยงกับระบบให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและการเลิกดื่ม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การออกแบบการวิจัยเชิงลึกหรือการวิจัยเชิงคุณภาพ ควรดำเนินการศึกษาด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อเข้าใจ เจตคติ ความเชื่อ และแรงจูงใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของนิสิตได้อย่างลึกซึ้ง

2. การออกแบบงานวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองในระดับนิสิต นักศึกษา โดยสร้างโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิเสธ (Refusal Skill) และทักษะการเผชิญปัญหา (Coping Skills) รวมถึงการนำ Health literacy เข้ามาประยุกต์ใช้ แล้วประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงพฤติกรรมเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

3. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีหรือโมเดลทางพฤติกรรมอื่นเพิ่มเติม ในการศึกษาครั้งต่อไป อาจพิจารณานำทฤษฎีอื่น ๆ มาใช้ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior: TPB) หรือ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory: SCT) เพื่อเสริมความครอบคลุมของการวิเคราะห์พฤติกรรมในเชิงจิตสังคม



บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2565). แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 - 2570). กรมควบคุมโรค.
- กรมควบคุมโรค. (2566). พัฒนาศักยภาพการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อการบริการป้องกัน และบำบัดรักษา สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.). กรมควบคุมโรค.
- กรมสุขภาพจิต. (2562). คนไทยดื่มสุรา 16 ล้านคน 9 ล้านคนติด-เลิกไม่ได้ หมอแนะงดช่วงเข้าพรรษา. มติชนรายวัน.
- เกษริน อุบลวงค์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ.
- คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์. (2565). ผู้ใหญ่วัยเริ่ม – Emerging adulthood. <https://www.psy.chula.ac.th/th/news/page/15/>
- เครือวัลย์ ตาปราบ. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนอัลสลัมชัยคอนแวนต์ สังกัดสำนักงานการศึกษาเอกชน กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ].
- จุฬามาศ อินทพันธ์. (2563). ผลการจัดโปรแกรมป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองที่มีต่อการหลีกเลี่ยงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา]. Burapha University Research Information. <https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/9782/1/60920301.pdf>
- ชนนิกันต์ ชูเสน. (2565). พฤติกรรมการออมเงินของกลุ่มคนวัยทำงานในจังหวัดปทุมธานี. mmm.ru.th. <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin92/6214154509.pdf>
- ชนม์นิภา แก้วพูลศรี. (2563). พัฒนาการวัยรุ่นตอนปลาย. มปท.
- ชลธิชา อรุณพงษ์. (2552). พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพิชญทรรศน์, 4(2), 113-121.
- ดร.ณรรณ สมใจ. (2560). พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย : กรณีศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง. วารสาร มจร.วิชาการ, 20(40), 127.
- ทศพล ดวงแก้ว และพัชรินทร์ สิริสุนทร. (2560). การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ

- Marshall H. Becker ในการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเมือง จังหวัด พิษณุโลก. *Humanities and Social Sciences*, 10(3), 101.
- เทศบาลเมืองแสนสุข. (2567, 31 กรกฎาคม). *แนะนำเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี*.
<https://www.saensukcity.go.th/about/introduce-saensuk.html>.
- ธนภูมิ ธรรมบุตร. (2563). ทักษะคิดและอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา]. Burapha University Research Information.
<https://buuir.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/9194>
- นฤพนธ์ ดั่งวิเศษ. (2566). *Adolescence*. Anthropology concepts.
- บุญชรัสมี ฉันทย์ธิดานากุล. (2565). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังจากติดไวรัส Covid-19 ในช่วง การเปลี่ยนแปลงสู่สังคมดิจิทัล. *Journal of MCU Ubon Review*, 7(3), 488-500.
- บุรฉัตร จันทร์แดง. (2562). กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงพฤติกรรมศาสตร์. *วารสารสหวิทยาการวิจัย*, 8(1), 49.
- ปรียาภรณ์ ประยงค์กุล. (2563). แนวทางในการป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นไทย ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 13(2), 39-45.
- ปิยอร วจนะทินภัทร และคณะ. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม สุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัย เทคโนโลยีสุรนารี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(37), 282-291.
- พนม เกตุมาน. (2550). *พัฒนาการวัยรุ่น (Adolescent development)*. มปท.
- พนิดา ใจแก้วทิ. (2562). *พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร*. Kpru.ac.th.
<https://research.kpru.ac.th/research2/pages/filere/15532020-01-10.pdf>
- เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน. (2564). การศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบจาก การดื่มแอลกอฮอล์ และคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ*, 14(3), 276.
- ภัคจิรา ภูสมศรี. (2557). *แรงจูงใจและกลวิธีเชิงพฤติกรรมกรรมการป้องกันต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของ นักศึกษาอาชีวศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่*. (การค้นคว้าอิสระมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. CMU e-Theses. https://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2557/mp41157pp_tpg.pdf
- รังสรรค์ ประเสริฐศรี. (2556). *พฤติกรรมองค์การ*. เพียร์สัน เอ็ดดูเคชั่น อินโดไชน่า.
- รัชนา พุฒรา (2564). *พฤติกรรมกรรมการใช้ระบบสารบบคดีอิเล็กทรอนิกส์ในสำนักงานอัยการสูงสุดของ*

- ข้าราชการธุรการ สำนักงานอัยการสูงสุด. [การค้นคว้าอิสระมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง]. MMM Ramkhamhaeng University. http://www.mbaoneday-abstract.ru.ac.th/AbstractPdf/2563-3-2_1642492782.pdf
- รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด. (2564).
<https://cas.or.th/?p=10225>
- วริยา บุญทอง และพัชรา พลเยี่ยม. (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ปี 2564 ศูนย์อนามัยที่ 6. ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย.
- วิทวัส สุตเพราะ. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการใช้เทคโนโลยีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 9(2), 96-106.
- วิภาภัก แก้วอ้อม. (2565). การศึกษาประสบการณ์การพัฒนาอัตลักษณ์แห่งตนภายใต้ทัศนคติทางลบจากครอบครัว: กรณีศึกษาผู้ใหญ่ตอนต้น. การประชุมวิชาการและการนำเสนอผลงานวิจัยทางจิตวิทยาาระดับชาติ ครั้งที่ 7, โรงแรมบางกอกกชภู, กรุงเทพฯ: ประเทศไทย. .
- ศรารุช โภชนสมบัติ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดพิจิตร. สำนักงานป้องกันควบคุมโรค.
- ศรีประภา ชัยสินธพ. (2554). สภาพจิตใจของวัยผู้ใหญ่ (วัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือวัยหนุ่มสาว). โรงพยาบาลรามธิบดี. Ramamental. <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/06272014-1009>
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่ สงขลา. (2565). แบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ. (มปป.). พิษภัยของแอลกอฮอล์ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแอลกอฮอล์. Saranukromthai. <https://www.saranukromthai.or.th/sub/book/book.php?book=27&chap=6&page=chap6.htm>
- สุทธิรักษ์ ไชยรักษ์ และคณะ. (2553). พฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ปีการศึกษา 2551. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- สภาวณิ ดิทรัพย์. (2557). ปัญหาสุขภาพกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. parliament.go.th. <https://www.parliament.go.th/view/7/nationalassembly/TH-TH>
- องค์การอนามัยโลก. (2565). สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. World Health Organization Thailand. <https://www.who.int/thailand/th/news/detail/18-04->

2567-who-advises-limiting-alcohol-availability-and-advertising

- Chengting, Ju. (2018). *Religiousness, social support and subjective well-being: An exploratory study among adolescents in an Asian atheist country. International Union of Psychological Science, 53(2), 97-106.*
<https://doi.org/10.1002/ijop.12270>
- De Leon, A. N. (2023). The Health Belief Model in the context of alcohol protective behavioral strategies. *Psychiatry, Spring, 86(1), 1-16.*
<https://doi.org/10.1080/00332747.2022.2114270>
- Dishion, T. J., & Tipsord, J. M. (2011). Peer contagion in child and adolescent social and emotional development. *Annual Review of Psychology, 62, 189-214.*
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100412>
- Dorji, T. (2020). Factors associated with different forms of alcohol use behaviors among college students in Bhutan: A cross-sectional study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 15, 1-8.*
- Gilmore, K. (2019). *Normal child and adolescent development.*
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615372980.lr03>
- Hamilton, H. R. (2021). To drink or not to drink: When drinking intentions predict alcohol consumption and consequences. *British Journal of Health Psychology.*
<https://doi.org/10.1111/bjhp.12560>
- House, J., Umberson, D., & Landis, K. (1988). Social support theory. *Annual review of sociology, 14(1), 293-318.*
- Huang, KY. (2019). Sharing is caring: Social support provision and companionship activities in healthcare virtual support communities. *Society for Information Management and The Management Information Systems Research Center, 43, 395-424.*
- Hurlock. (1975). *Developmental psychology.* [http://old-book.ru.ac.th/ebook/p/PC290\(54\)/PC290-9.pdf](http://old-book.ru.ac.th/ebook/p/PC290(54)/PC290-9.pdf).
- Jeon, S. et al. (2017). Does type D personality impact on the prognosis of patients who underwent catheter ablation for atrial fibrillation? A 1-year follow-up study. *Psychiatry Investigation, 14(3), 281-288.*
- Johnston, L. D., Miech, R. A., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E., &

- Patrick, M. E. (2021). *Monitoring the future national survey results on drug use 1975–2020*.
- Lansford, J. (2024). *Adolescent development*. In R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds).
- Lemoine, P. G. (2020). College alcohol beliefs and alcohol outcomes: The mediating effects of alcohol protective behavioral strategies. *Subst Use Misuse, 55*(14). <https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1817085>
- Líška, D. (2024). The impact of alcohol consumption on the quality of life of college students: a study from three Slovak universities. *Humanities and Social Sciences Communications, 11*, Article number: 1456 (2024)
- March, A. S. (2024). *Mixology classes, cash, and other creative ways colleges combat binge-drinking*. The New York Times magazine
- Marina, N. Fa. (2023). Protective strategies and motivations to control drinking among Brazilian college students: a qualitative study. *BMC Public Health, 23*(2390), 1-10.
- Mbuqa, B. (2024). Knowledge, attitudes and practices regarding alcohol use among undergraduate students at a South African university. *URHJ, 2*, 5-10.
- Nasurdin, A. M. (2020). The Impact of social support on nurses' motivation: A cross-sectional study in Malaysia. *Asia Pacific Journal of Public Health, 32*(8).
- Richards, D. K. (2021). A comprehensive examination of alcohol-related motivations among college students: Unique relations of drinking motives and motivations for drinking responsibly. *Exp Clin Psychopharmacol, 30*(6), 809–819. doi: 10.1037/pha0000526
- Rogers, D. (1978). *Adolescence: A psychological perspective*. Cole Pub.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly, 15*(2), 175–183.
- Rosenstock, S. (1974). *The Health Belief Model*. <https://doi.org/10.1371>
- Santrock, J. W. (2018). *Adolescence* (16th ed.). McGraw-Hill Education.
- Sharma, J., & Dhar, R. L. (2016). Factors influencing job performance of nursing staff: mediating role of affective commitment. *American Journal of Nursing Research, 45*(1), 161-182.
- Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*.

n.p.

Urrutia-Reyes, M. (2024). *Programas de prevención para evitar el abuso de alcohol en estudiantes universitarios*. Una revisión sistemática. Journal article10.33010/ie_rie_rediech.v15i0.2117

World Health Organization. (2001). *The alcohol use Disorders Identification test: Guidelines for use in primary care*.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a_tha.pdf

World Health Organization. (2017). *คำจำกัดความของวัยรุ่น*. WHO.

World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva. .

World Health Organization. (2020). *Adolescent health*. WHO.

World Health Organization. (2024). *The adolescent health indicators recommended by the global action for measurement of adolescent health*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240092198>



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย
เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คำตอบที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้กำหนดแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรีอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

แบบสอบถามฉบับนี้มีทั้งหมด 3 ตอน ประกอบไปด้วย

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบไปด้วย

- | | |
|--|-------------|
| ส่วนที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ | จำนวน 5 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ | จำนวน 8 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ | จำนวน 8 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 การรับการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ | จำนวน 8 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 การวัดแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ | จำนวน 8 ข้อ |

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จำนวน 10 ข้อ

รวม 54 ข้อ

ฉบับที่ 1.0 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2567



BUU-IRB Approved
13 Dec 2024

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมกำบังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่าน หรือเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ชั้นปีที่ศึกษา 1) ชั้นปีที่ 1 2) ชั้นปีที่ 2 3) ชั้นปีที่ 3
 4) ชั้นปีที่ 4 5) ชั้นปีที่ 5 6) ชั้นปีที่ 6
4. คณะ/สาขาวิชาที่ศึกษา.....
จัดอยู่ในกลุ่มสาขาวิชา 1) กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 2) กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
 3) กลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
5. รายได้ต่อเดือนของนิสิต 1) น้อยกว่า 5000 บาท 2) 5,001 – 10,000 บาท 3) 10,001 – 15,000 บาท
 4) 15,001 – 20,000 บาท 5) 20,001 บาท ขึ้นไป อื่นๆ ระบุ.....
6. ที่พักของนิสิต 1) บ้านตนเอง/บ้านญาติ 2) หอพักในมหาวิทยาลัย 3) หอพักนอกมหาวิทยาลัย
 4) บ้านพัก/แฟลต หน่วยงานรัฐ 5) บ้านเช่า 6) คอนโด 7) อื่นๆ ระบุ.....
7. ประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์
 - 7.1 ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา
 - 1) ไม่ดื่มเลย
 - 2) เดือนละ 1 ครั้ง
 - 3) 2-4 ครั้งต่อเดือน
 - 4) 2-4 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 5) 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์

ฉบับที่ 1.0 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2567



BUU-IRB Approved
13 Dec 2024

7.2 ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มบ่อยที่สุด

- 1) เบียร์
- 2) สุราสี
- 3) สุราขาว
- 4) ไวน์
- 5) เหล้าปั่น
- 6) อื่นๆ.....

7.3 เหตุผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- 1) การเข้าสังคมและการพบปะสังสรรค์
- 2) ผ่อนคลายความเครียด
- 3) เพื่อความสุข/สนุกสนาน
- 4) อื่นๆ ระบุ.....

7.4 สถานที่ดื่ม

- 1) ที่พักผ่อนเอง
- 2) ที่พบกับคนอื่น
- 3) ร้านอาหาร
- 4) สถาบันเท็ง
- 5) ชายหาด

7.5 ดื่มร่วมกับใคร

- 1) คนเดียว
- 2) ครอบครัว
- 3) เพื่อน
- 4) บุคคลอื่น

ฉบับที่ 1.0 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2567



BUU-IRB Approved
13 Dec 2024

ตอนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในแบบสอบถามแบ่งระดับการรับรู้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจ หรือความเชื่อตรงกับข้อความมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจ หรือความเชื่อตรงกับข้อความ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความมากที่สุด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ระดับการรับรู้ที่ตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่าน

ส่วนที่ 1 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการตีพิมพ์แอลกอฮอล์

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการตีพิมพ์แอลกอฮอล์	ระดับการรับรู้			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การตีพิมพ์แอลกอฮอล์เป็นประจำอาจทำให้เกิดโรคมะเร็งได้				
2. สารในเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง				
3. การตีพิมพ์แอลกอฮอล์เป็นประจำส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ มะเร็งกล่องเสียง และหลอดอาหาร				
4. การตีพิมพ์แอลกอฮอล์เป็นระยะเวลานานส่งผลให้เกิดโรคพิษสุราเรื้อรัง				
5. การตีพิมพ์แอลกอฮอล์เป็นประจำส่งผลต่อหัวใจและหลอดเลือด				

ฉบับที่ 1.0 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2567



BUU-IRB Approved
13 Dec 2024

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์	ระดับการรับรู้			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันทราบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำส่งผลกระทบต่อสุขภาพ				
2. ฉันทราบว่าเมื่อดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ขาดสติ ไม่สามารถควบคุมได้ อาจทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท				
3. ฉันทราบว่าเมื่อดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันได้				
4. ฉันทราบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานานจะทำให้เป็นโรคตับแข็ง				
5. ฉันทราบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุจนทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต				
6. ฉันทราบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจนำไปสู่การใช้สารเสพติดอื่นได้				
7. ฉันทราบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเข้าเรียน และการทำกิจกรรมต่างๆของมหาวิทยาลัยไม่ทัน				
8. ฉันทราบว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มโอกาสเสี่ยงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า				

ฉบับที่ 1.0 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2567



BUU-IRB Approved
13 Dec 2024

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	ระดับการรับรู้			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีสติ และการตัดสินใจที่ดีขึ้น				
2. หากเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เงินค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถนำมาใช้ประโยชน์อย่างอื่นได้มากกว่า				
3. การมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มโอกาสให้มีสุขภาพที่ดีในปัจจุบันและอนาคต				
4. การมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มโอกาสในการทำกิจกรรมอื่นมากขึ้น เช่น ออกกำลังกาย อ่านหนังสือ				
5. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยให้มีสมาธิในการเข้าเรียนดีขึ้น				
6. การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ				
7. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ช่วยให้มีคุณภาพการนอนที่ดีขึ้น				
8. การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ช่วยให้เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับผู้อื่น				

ฉบับที่ 1.0 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2567



BUU-IRB Approved
13 Dec 2024

ส่วนที่ 4 การรับการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

การรับการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	ระดับการรับรู้			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ทำได้ยาก เพราะเป็นการเข้าสังคม				
2. การปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์จากเพื่อนเป็นเรื่องที่ฉันลำบากใจ				
3. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้ฉันไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน				
4. การพยายามหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ทำได้ยาก เพราะมีสถานที่จำหน่ายแอลกอฮอล์จำนวนมากใกล้สถานศึกษา				
5. การพยายามเลิกดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก เพราะมีแรงจูงใจไม่เพียงพอ				
6. ฉันไม่รู้วิธีจัดการความเครียดโดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์				
7. ฉันไม่เห็นผลเสียของการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณน้อย				
8. ฉันคิดว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติในสังคมไทย				

ฉบับที่ 1.0 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2567



BUU-IRB Approved
13 Dec 2024

ส่วนที่ 5 การวัดแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

การวัดแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์	ระดับการรับรู้			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การมีกฎระเบียบเกี่ยวกับการห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสถานศึกษาช่วยป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ได้				
2. การสนับสนุนงบประมาณจากมหาวิทยาลัยในการจัดกิจกรรมงด-เลิก การดื่มแอลกอฮอล์ในสถานศึกษาช่วยป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ได้				
3. การมีกฎหมายห้ามผู้ประกอบการที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดโปรโมชั่นส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการควบคุม กำกับติดตาม ให้สถานประกอบการที่จำหน่ายแอลกอฮอล์ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนดช่วยป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ได้				
5. การดูแลเอาใจใส่ของครอบครัวเมื่อเจอปัญหาช่วยป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ได้				
6. เพื่อนของท่านเคารพการตัดสินใจของท่านที่จะไม่ดื่มแอลกอฮอล์				
7. ท่านเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของการดื่มแอลกอฮอล์จากสื่อต่างๆ				
8. ท่านได้รับกำลังใจจากคนใกล้ชิดเมื่อพยายามลดการดื่มแอลกอฮอล์				

ฉบับที่ 1.0 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2567



BUU-IRB Approved
13 Dec 2024

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ระดับการรับรู้			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันปฏิเสธอย่างนุ่มนวลเมื่อถูกเพื่อนหรือผู้มาชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์				
2. ฉันหลีกเลี่ยงการเที่ยวในสถานบันเทิงที่เอื้อต่อการดื่มแอลกอฮอล์				
3. หากฉันมีความเครียดที่เกิดจากการเรียน/ครอบครัว/เพื่อน จะใช้วิธีอื่นในการผ่อนคลายความเครียดโดยไม่ดื่มแอลกอฮอล์				
4. ฉันพยายามป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยไม่ลองดื่มแอลกอฮอล์อย่างแน่นอน แม้เพื่อนจะยั่ว				
5. ฉันออกกำลังกายเสมอ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง โดยไม่ต้องพึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
6. ฉันไม่ดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากขัดต่อคำสอนของศาสนาที่ครอบครัวของฉันนับถือ				
7. คนในครอบครัวของฉัน มีการเตือนไม่ให้เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์				
8. คนในครอบครัวฉันไม่เห็นด้วยที่คบเพื่อนที่ชอบเที่ยวสถานบันเทิง หรือดื่มแอลกอฮอล์				
9. เมื่อท่านมีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ท่านขอคำปรึกษาจากบิดามารดา หรือคนในครอบครัว โดยไม่พึ่งการดื่มแอลกอฮอล์				
10. คนในครอบครัวของท่านมีการพูดคุยถึงโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสอนให้บุตรหลานหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				

ฉบับที่ 1.0 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2567



BUU-IRB Approved
13 Dec 2024



ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำเนา

ที่ IRB3-171/2567



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS135/2567

โครงการวิจัยเรื่อง : ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวจิราพร เนียมแพ

หน่วยงานที่สังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ : รองศาสตราจารย์ ดร.दनัย บวรเกียรติกุล
วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์)

หน่วยงานที่สังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีพิจารณา : Exemption Determination Expedited Reviews Full Board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 1 วันที่ 13 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 13 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 4 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 4 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form)
- แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 1 วันที่ 4 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

วันที่รับรอง : วันที่ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567

วันที่หมดอายุ : วันที่ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2568

ลงนาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรรณ แยมประทุม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรรณ แยมประทุม)

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวจิราพร เนียมแพ
วัน เดือน ปี เกิด	8 สิงหาคม 2532
สถานที่เกิด	จังหวัดนครสวรรค์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	43 หมู่ที่ 7 ตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20000
ตำแหน่งและประวัติการ ทำงาน	ปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2554 วิทยาศาสตรบัณฑิต (อนามัยสิ่งแวดล้อม) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. 2559 วิทยาศาสตรบัณฑิต (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2568 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา